

# SEPA - LASTSCHRIFTMANDAT

Stadt Hamminkeln  
Brüner Straße 9  
46499 Hamminkeln



Gläubiger-Identifikationsnummer:

D E 7447000000119208

Mandatsreferenz

Abgabenart

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

**Hinweis:**

Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsart:

Geschäftspartner:

Wiederkehrende Zahlung

Name und Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen):

DE

BIC (8 oder 11 Stellen):

Ort:

Datum:

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

Die im Bescheid festgesetzten Abgaben werden bei Fälligkeit von Ihrem o. g. Konto eingezogen. Die Mandatsreferenz-Nr. und die Gläubiger-Identifikations-Nr. kennzeichnet die Abbuchungen. Fällt der Tag der Fälligkeit auf einen Sonntag, einen am Erklärungs- und Leistungsort staatlich anerkannten allgemeinen Feiertag oder an einen Sonnabend, so tritt an die Stelle eines solchen Tages der nächste Werktag.

Ich bitte um Verständnis, dass ich das **Formular im Original** benötige.

Eine Übermittlung per **FAX oder Mail ist nicht möglich.**



D  
U  
P  
L  
I  
K  
A  
T  
  
f  
ü  
r  
  
I  
h  
r  
e  
  
U  
N  
T  
E  
R  
S  
C  
H  
R  
I  
F  
T  
M  
A  
N  
D  
A  
T

# SEPA - LASTSCHRIFTMANDAT

Stadt Hamminkeln  
Brüner Straße 9  
46499 Hamminkeln



Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE 7447000000119208

Mandatsreferenz

Abgabenart

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

**Hinweis:**

Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsart:

Geschäftspartner:

Wiederkehrende Zahlung

Name und Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen):

DE

BIC (8 oder 11 Stellen):

Ort:

Datum:

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

Die im Bescheid festgesetzten Abgaben werden bei Fälligkeit von Ihrem o. g. Konto eingezogen. Die Mandatsreferenz-Nr. und die Gläubiger-Identifikations-Nr. kennzeichnen die Abbuchungen. Fällt der Tag der Fälligkeit auf einen Sonntag, einen am Erklärungs- und Leistungsort staatlich anerkannten allgemeinen Feiertag oder an einen Sonnabend, so tritt an die Stelle eines solchen Tages der nächste Werktag.

Ich bitte um Verständnis, dass ich das **Formular im Original** benötige.

Eine Übermittlung per **FAX oder Mail ist nicht möglich.**