

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. 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.**