

Mandatsreferenz: *wird separat mitgeteilt*

Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE53ZZZ00000024332**

Hinweis: Dieses Schreiben ist unbedingt unterschrieben und im Original an die Stadtkasse weiterzuleiten!

Stadt Neumünster
Stadtkasse
Großflecken 59
24534 Neumünster

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Zahlungspflichtiger
Name, Vorname: _____
Straße, Hausnummer: _____
PLZ, Wohnort: _____
Telefonnummer (für Rückfragen) _____

Kontoinhaber (falls abweichend)
Name, Vorname: _____
Straße, Hausnummer: _____
PLZ, Wohnort: _____
Telefonnummer (für Rückfragen) _____

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) die Stadt Neumünster, Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von der Stadt Neumünster auf mein (unser) Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Ich bin (Wir sind) mit einer Verkürzung der Ankündigungsfrist auf einen Tag einverstanden.

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.

Bankverbindung: (Entsprechende Angaben finden Sie auf Ihrem Kontoauszug)
Kreditinstitut: _____
BIC: _____
IBAN: _____

Kassenzeichen:
Betrifft folgende Forderungen: _____
Gültig ab: _____

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers / Kontobevollmächtigten