

## SEPA-Lastschriftmandat

Im Original an  
Stadt Bad Salzuflen  
Rudolph-Brandes-Allee 19 32105 Bad Salzuflen

**Fragen zu SEPA-Lastschriftmandaten?**  
Fon 05222 . 952-399  
Mail [zahlungsabwicklung@bad-salzuflen.de](mailto:zahlungsabwicklung@bad-salzuflen.de)

---

Gläubigerin	Stadt Bad Salzuflen
Gläubigerin-Identifikationsnummer	DE07BAD00000343029
Forderungsart (z.B. Hundesteuer, Musikschulgebühren etc.)	
Mandatsreferenz   Kassenzeichen	

### 1. Abgabepflichtige\*r (laut Bescheid)

---

Firma   Name   Vorname	
Straße	Telefon (freiwillig)
PLZ   Ort	E-Mail (freiwillig)

### 2. Kontoinhaber\*in (falls abweichend)

---

Firma   Name   Vorname	
Straße	Telefon (freiwillig)
PLZ   Ort	E-Mail (freiwillig)

### 3. Bankverbindung

---

Kreditinstitut	
IBAN	BIC

### 4. SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige (wir ermächtigen) die Stadt Bad Salzuflen, Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von der Stadt Bad Salzuflen auf mein (unser) Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Mir (uns) ist bekannt, dass ich (wir) innerhalb von 8 Wochen – beginnend mit dem Belastungsdatum – die Erstattung des belasteten Betrages verlangen kann (können). Es gelten dabei die mit meinem (unserem) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Wenn mein (unser) Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung. In diesem Falle gehen alle anfallenden Rücklastgebühren zu meinen (unseren) Lasten.

---

Ort | Datum

Unterschrift Kontoinhaber\*in / Unterschriften Kontoinhaber\*innen