

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

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