SEPA-Lastschriftmandat / SEPA Direct Debit Mandate

Stadt Kirtorf
Neustädter Straße 10-12 | 36320 Kirtorf | Hessen

D	E	0	9	Z	Z	Z	0	0	0	0	0	1	6	6	7	4	4

Gläubiger-Identifikationsnummer / creditor identifier

X

Zahlungsart:
Wiederkehrende Zahlung

Stadt Kirtorf
Neustädter Straße 10-12
36320 Kirtorf

Kontoinhaberin/Kontoinhaber

Name, ggf. Vorname

Straße und Hausnummer

Postleitzahl Ort

Land

IBAN (International Bank Account Number) Bitte kein Sparkonto angeben!

BIC (Business Identifier Code) Name der Bank

Ort

T T M M J J J J
Datum der Unterschrift

Kassenzeichen

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

Hinweis: Ich kann (Wir können) innerhalb von 8 Wochen beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belastenden Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem (unserem) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ort **Datum** **Unterschrift**