

# Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Zahlungsempfänger:

**VERBANDSGEMEINDEVERWALTUNG STROMBERG  
VERBANDSGEMEINDEKASSE  
D 55442 STROMBERG**

Gläubiger-Identifikationsnummer:

**DE88ZZZ0000015748**

Das Mandat ist gültig für (Zutreffendes ankreuzen und ggf. vervollständigen)

Zahlungsart:  wiederkehrende Zahlungen  einmalige Zahlungen

**Abgabenart: Steuern, Abgaben, Beiträge** (Bsp.: Bürger-Nr. 12345)

<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____

**Name und Anschrift des / der Beitragspflichtigen:**

Vor-/Nachname: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Tel.-Nr./E-Mail: \_\_\_\_\_

**Einzugsermächtigung:**

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger Verbandsgemeindekasse Stromberg widerruflich, die von mir /uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.

**SEPA-Lastschriftmandat:**

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger *Verbandsgemeindekasse Stromberg*, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger *Verbandsgemeindekasse Stromberg* 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.

**Name und Anschrift des / der Zahlungsleistenden:**

Kontoinhaber (Vor-/Nachname): \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Kreditinstitut: \_\_\_\_\_

IBAN: DE\_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

BIC/Swift-Code \_\_\_\_\_

Erstmalige Abbuchung soll erfolgen am \_\_\_\_\_ (TT.MM.JJJJ).

**Wir bitten um Verständnis, dass wir das Formular im Original benötigen.**

**Von einer Übermittlung per Email/Fax bitten wir abzusehen.**

Ort, Datum
------------

Unterschrift des/der Kontoinhabers
------------------------------------