

Nutzen Sie die Vorteile des Lastschriftinzugsverfahrens und senden Sie diesen Abschnitt bitte ausgefüllt und unterschrieben zurück.



Abgabepflichtiger

Stadt Rathenow
Stadtkasse
Berliner Str. 15
14712 Rathenow

Name:
Straße:
PLZ Ort:

Kassenzeichen:

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE10 ZZZO 0000 0755 46



Ich/Wir ermächtige/n die Stadt Rathenow, Zahlungen von meinem/unserelem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der Stadt Rathenow auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Ich/Wir kann/können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserelem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Wenn das Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Geldinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Ich/Wir bin/sind damit einverstanden, dass das angegebene Girokonto auch für Erstattungen verwendet wird. Mir/Uns ist bekannt, dass bei einer Rücklastschrift die Einzugsermächtigung sofort gelöscht wird.

Sofern Sie nur die Abbuchung für bestimmte Forderungen wünschen, vermerken Sie dieses bitte auf dieser Einzugsermächtigung.

Name, Vorname des Kontoinhabers:	
Straße und Hausnummer:	
Postleitzahl und Ort:	
Name und Sitz des Kreditinstitutes:	
IBAN: DE	
BIC (8 oder 11 Stellen): 	
Ort:	Datum:
Unterschrift des Kontoinhabers:	

Vor dem ersten Einzug der SEPA-Basis-Lastschrift wird die Stadt Rathenow Sie über den Einzug in dieser Verfahrensart informieren.