

Stadt Petershagen

SEPA-Lastschriftmandat



Stadtkasse Petershagen
Schloßfreiheit 2-4
32469 Petershagen

Gläubiger/in	Stadt Petershagen
Gläubigeridentifikations-Nr.	D E 2 2 P E T 0 0 0 0 0 1 3 0 0 3 8

1. Kassenzeichen (zwingend auszufüllen)

2. Zahlungspflichtige/r

Name/Firma		Vorname
Straße, Hausnummer		PLZ, Ort
Telefon (freiwillig)	Fax (freiwillig)	E-Mail (freiwillig)

3. Kontoinhaber (falls abweichend)

Familiennamen		Vorname
Straße, Hausnummer		PLZ, Ort
Telefon (freiwillig)	Fax (freiwillig)	E-Mail (freiwillig)

4. Bankverbindung

Kreditinstitut	BIC
IBAN	

5. SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die oben genannte Behörde, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der oben genannten Behörde auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ort, Datum	Unterschrift des Kontoinhabers
------------	--------------------------------