

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandates

für wiederkehrende Zahlungen

Stadt Damme
FB II - Stadtkasse
Mühlenstraße 18
49401 Damme

**Die Gläubiger-Identifikationsnr.
der Stadt Damme lautet:
DE32ZZZ00000269247**

Diese Einzugsermächtigung / Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für:

Kassenzeichen

Zahlungspflichtige/r Name, Vorname	Vertragspartner-Nr.
------------------------------------	---------------------

Bankverbindung:

Kontoinhaber (Name, Vorname)	Vertragspartner-Nr.
------------------------------	---------------------

Straße und Hausnummer	PLZ und Ort
-----------------------	-------------

Kreditinstitut (Name)	BIC (11-stellig)
-----------------------	------------------

IBAN D E _ _	Bankleitzahl _ _ _ _ _ _ _ _	Kontonummer _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ (22-stellig)
-----------------	-----------------------------------	---

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

Mir (uns) ist bekannt, dass ich (wir) innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum die Erstattung des belasteten Betrages verlangen kann. Es gelten dabei die mit meinem (unserem) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ort, Datum

Unterschrift der/s Zahlungspflichtigen / Kontoinhaber/in

eindeutige Mandatsreferenz (wird vom Zahlungsempfänger ausgefüllt)