

Zahlungsempfänger:
Gläubiger-Identifikationsnummer:

Markt Arnstorf, Marktplatz 8, 94424 Arnstorf
DE45ZZZ00000059687

--	--

FAD

/Mandatsreferenz

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige/Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von dem Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein/unsere Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweise:

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.

Meine/Unsere Rechte zu dem obigen Mandat sind in einem Merkblatt enthalten, das ich/wir von meinem/unserem Kreditinstitut erhalten kann/können.

Name des Kontoinhabers

Name und Vorname

Anschrift des Kontoinhabers

Straße, Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Land

Kreditinstitut

Name und Ort

Konto

IBAN (International Bank Account Number)

BIC (Business Identifier Code)

Ort

Datum

Unterschrift(en)

Unterschrift(en)



Grundsteuer



Gewerbesteuer



Schülerbeförderung



Hundesteuer

Bitte zurücksenden an:

Markt Arnstorf
Marktplatz 8
94424 Arnstorf