

SEPA-Lastschriftmandat

Absender, Name, Vorname;

Anschrift

Gläubiger-Identifikationsnummer

DE18ZZZ00000127394

Adresse Empfänger

Gemeindekasse Kirchartd, Hauptstraße 36, 74912 Kirchartd

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) **Abbucher**, Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von **Abbucher** auf mein (unsere) 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.

Zahlungspflichtiger	Name
	Straße und Hausnummer
	Land, Postleitzahl und Ort
	IBAN
	SWIFT BIC
	Mandatsreferenz- wird vom Zahlungsempfänger ausgefüllt
Zahlung für	Betreuungsplatz Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für die Vereinbarung mit
Zahlungsart	<input checked="" type="checkbox"/> Wiederkehrende Zahlung <input type="checkbox"/> Einmalige Zahlung

Ort und Datum

Unterschrift (en)
