Erteilung eines SEPA- Lastschriftmandates

Name des Zahlungsempfängers: **Anschrift des Zahlungsempfängers:**

Stadt Eisenach Markt 1, 99817 Eisenach

Gläubiger- Identifikationsnummer: **DE75033000000076704**

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen): / Kassenzeichen/ Forderungsart

----------]----------]----------

----------]----------]----------

----------]----------]----------

----------]----------]----------

SEPA- Lastschriftmandat:

Ich ermächtige/ Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger **Stadt Eisenach** Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/ weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger **Stadt Eisenach** auf mein/ unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.
Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Hinweise der Stadtkasse Eisenach:
Kann die Abbuchung nach 1- maligem Versuch nicht erfolgen, wird von Seiten des Zahlungsempfängers kein weiterer Abbuchungsversuch unternommen. Das SEPA- Lastschriftmandat erlischt, angefallene Rücklastschriftgebühren werden in Rechnung gestellt und gehen zu Lasten des Kontoinhabers/ Zahlungspflichtigen.
Vor der erneuten Teilnahme am Lastschriftverfahren ist die schriftliche Antragstellung erforderlich.
Sollten Sie sich zum SEPA- Lastschriftverfahren entschließen, geben Sie bitte das SEPA- Lastschriftmandat – **vollständig ausgefüllt-** ab.

Dieses SEPA- Mandat können Sie jederzeit schriftlich widerrufen. Sollte sich Ihre Kontoverbindung ändern, teilen Sie dies bitte **unverzüglich** der Stadtkasse mit.

Zahlungsart:

[ ]	**Wiederkehrende Zahlung/ ab Fälligkeit:**	**[ ]**	**Einmalige Zahlung**

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

<u>Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)</u>

Straße und Hausnummer: ----------

Postleitzahl und Ort: ----------

IBAN des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) (max. 22 Stellen)
]]

BIC (8 oder 11 Stellen)
]]]]]]]]]]]

Ort: **Datum (TT/MM/JJJJ):**

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):