

**SEPA-Basislastschriftmandat  
für wiederkehrende Zahlungen**

Gläubiger-ID: DE87SEH00000330337

Mandatsreferenz-Nr. SEH

(Dieses Feld bitte freilassen! Wird von der Stadt Sehnde vergeben)

Stadt Sehnde  
-Stadtkasse-  
Nordstraße 21  
31319 Sehnde

**Zahlungspflichtige\*r:**

\_\_\_\_\_  
Name und Vorname

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl und Ort

**Kontoinhaber\*in falls abweichend von der zahlungspflichtigen Person:**

\_\_\_\_\_  
Name und Vorname

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl und Ort

**Kassenzeichen:** \_\_\_\_\_

(Soll diese Lastschrift für mehrere Kassenzeichen gelten, geben Sie bitte **alle Kassenzeichen** an!)

**Ab Fälligkeitsdatum** \_\_\_\_\_

Das SEPA-Mandat muss 5 Tage vor Fälligkeit in der Stadtkasse eingegangen sein.

Ich ermächtige/ wir ermächtigen die Stadt Sehnde - Stadtkasse -, Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/ weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Stadt Sehnde - Stadtkasse - auf mein/ unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Ich kann/ wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Im Falle einer Nichteinlösung der Lastschrift habe ich/ haben wir die Rücklastgebühren zu tragen. Das SEPA-Lastschriftmandat verfällt nach 36 Monaten Nichtnutzung automatisch. Es gelten die mit meinem/ unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

\_\_\_\_\_  
Kreditinstitut

IBAN: DE \_\_\_\_\_

**Ihr Bescheid gilt gleichzeitig als Vorabankündigung. Entnehmen Sie diesem die Fälligkeit und Höhe der Forderung. Die Mandatsreferenznummer ersehen Sie nach dem ersten Bankeinzug auf Ihrem Kontoauszug.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum und Unterschrift