Name		Vorname	
Straße		Hausnummer	Telefon (tagsüber)
PLZ	Ort		
E-Mail (Angabe freiwillig)			Datum

Stadt Sehnde
-Stadtkasse-
Nordstraße 21
31319 Sehnde

Gläubiger-ID: DE87SEH00000330337

Mandatsreferenz-Nr. SEH_____

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

SEPA-Basislastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen

(Original zurücksenden, Fax und Mail sind ungültig)

☐ **Absender/in ist Zahlungspflichtige(r)**

Falls Zahlungspflichtige(r) und Kontoinhaber(in) nicht identisch sind, ergänzen Sie bitte folgende Angaben:

_____
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 __ __.__ __.__ __ __ __

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.

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/ unseren Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

_____
Kreditinstitut

IBAN: DE _ _ | _ _ _ _ _ _ _ _ | _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Ihr letzter Abgabebescheid 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

Formular speichern **Formular drucken**