

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Kassenzeichen: _____

Steuerpflichtiger lt. Bescheid: _____

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers
(Gläubiger)

Wiederkehrende Zahlungen/Recurrent Payments

Name und Anschrift des Kontoinhabers

Samtgemeindekasse Flotwedel Am Alten Bahnhof 3 29342 Wienhausen	
Gläubiger-Identifikationsnummer DE96ZZZ00000111537	Mandatsreferenz (wird vom Gläubiger vergeben)

SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n) Sie, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

SAMTGEMEINDE FLOTWEDEL

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend ab Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

IBAN DE	
Kreditinstitut	BIC

Ort, Datum	Unterschrift
-------------------	---------------------

Vor dem Einzug einer SEPA-Basis-Lastschrift werden Sie mich/uns über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten. Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass die von mir/uns gemachten freiwilligen Angaben zum Zwecke der Aufgabenerfüllung der Samtgemeinde Flotwedel gespeichert werden.