

## Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandates

Name: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_

An den Bürgermeister  
der Stadt Heiligenhaus  
III.2.2 Stadtkasse

42579 Heiligenhaus

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

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

Meine Kontodaten: \_\_\_\_\_  
Name des Kontoinhabers

\_\_\_\_\_ oder \_\_\_\_\_  
BIC Bankleitzahl, Bezeichnung

\_\_\_\_\_ oder \_\_\_\_\_  
IBAN Kontonummer

Ich ermächtige die Stadtkasse Heiligenhaus, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Stadtkasse Heiligenhaus auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Die Gläubigeridentifikationsnummer der Stadt Heiligenhaus lautet DE64ZZZ00000397390.

Die Abbuchung der fälligen Beträge erfolgt zum auf die Fälligkeit folgenden 03. oder 15. jeden Monats, hierbei wird als Mandatsreferenz Kassenzeichen und Objektnummer sowie ein laufender Mandatszähler angegeben.

\_\_\_\_\_  
(Datum und Ort)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift Kontoinhaber/in)