Absender: _____
Vorname, Name, Anschrift

Stadtkasse Schmallenberg
Telefon: 02972 / 980-114
Telefax: 02972 / 9798-114
E-Mail:
stadtkasse@schmallenberg.de

Stadt Schmallenberg
Stadtkasse
Unterm Werth 1
57392 Schmallenberg

Gläubiger-Identifikationsnummer
DE16ZZZ00000339763
Mandatsreferenznummer
**(Wird von der Stadtkasse ausgefüllt!)**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

**Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats**

**SEPA-Lastschriftmandat:**

Ich ermächtige die Stadt Schmallenberg, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Stadt Schmallenberg auf meinem 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.

**Ein Lastschriftmandat gilt nicht für rückwirkende Forderungen!**

Bezeichnung der Forderung: _____
**bei Grundbesitzabgaben bitte mit Lage des Objektes (Straße +Nr.)**

Buchungszeichen:: **/** _____

× Diese Ermächtigung gilt, bis auf Widerruf, ab dem _____

× Wiederkehrende Zahlung Einmalige Zahlung

Name des Kontoinhabers: _____

Name des Kreditinstituts: _____

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**IBAN-Nr. bitte deutlich in Druckbuchstaben ausfüllen!**

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | |

**BIC (8 oder 11 Stellen)**

_____ _____
(Datum) (Unterschrift des Zahlungspflichtigen/Kontoinhabers)