

SEPA-Lastschriftmandat

STADT MARKTOBERDORF
 - Stadtkasse -
 Richard-Wengenmeier-Platz 1
 87616 Marktoberdorf



Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE69MOD00000509335**

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

Mir ist bekannt, dass ich innerhalb von 8 Wochen – beginnend mit dem Belastungsdatum – die Erstattung des belasteten Betrages verlangen kann. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

**Hinweis: Bitte reichen Sie das Lastschriftmandat im Original (kein Fax, E-Mail etc.) mindestens 2 Wochen vor dem Ersteinzug ein.
 Es werden nur in der Zukunft liegende Forderungen berücksichtigt, keine zurückliegenden.**

Das SEPA-Lastschriftmandat soll ab dem

_____ für wiederkehrende Zahlungen gelten.

Personenkonto-Nummer (PK-Nr.): _____

IBAN

D	E																		
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

_____ Kreditinstitut

 Name, Vorname **Zahlungspflichtige/r**

 Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

 Telefon

 E-Mail

 Name, Vorname **Kontoinhaber/in**

Bitte nur ausfüllen, wenn abweichend von der oder dem Zahlungspflichtigen.

 Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

 Telefon

 E-Mail

 Ort, Datum

 Unterschrift Kontoinhaber/in