

Magistrat der Stadt Wolfhagen
Stadtkasse
Burgstraße 33-35
34466 Wolfhagen

Zahlungspflichtiger:

Familienname:

Vorname(n):

Straße, Nr.:

PLZ, Ort:

Telefon:

E-Mail:

Mandatsreferenznummer:
(wird von der Stadtkasse ausgefüllt)

Gläubiger Identifikationsnummer DE 40 ZZZ 0000142615

EINZUGSERMÄCHTIGUNG / SEPA – LASTSCHRIFTMANDAT

Abgabenart / Steuer

Objektbezeichnung

Kassenzeichen

Ich ermächtige die Stadtkasse Wolfhagen Zahlungen für die oben genannte Forderung von meinem Konto zu den Fälligkeitsterminen von der unten angegebenen Bankverbindung mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Stadtkasse Wolfhagen auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Meine Bankverbindung hat sich geändert. Die neue Bankverbindung wird unten angegeben.

Zahlungsart

Wiederkehrende Zahlung

Einmalige Zahlung

| | | |
|--|----------------------|----------------------|
| Bank oder Sparkasse | Bankleitzahl | Kontonummer |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| IBAN des Zahlungspflichtigen | BIC | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| <small>(Beides können Sie Ihrem Kontoauszug oder Ihrer EC-Karte entnehmen)</small> | | |

Kontoinhaber/in (falls abweichend vom Zahlungspflichtigen)

Name

Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ

Ort

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. Mir ist bewusst, dass eine Rückbelastung evtl. mit Kosten verbunden ist, die ich an die Stadtkasse Wolfhagen erstatten muss. Außerdem kann eine Rückbelastung zur Löschung der Einzugsermächtigung/des Lastschriftmandats führen.

Ort

Datum

Unterschrift