Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

_____
(Name, Vorname des/der Zahlungspflichtigen)

_____ _____
(Straße) (Hausnummer)

_____ _____
(PLZ) (Ort)

Für Rückfragen an den Zahlungspflichtigen

_____
(Telefon Nummer)

_____
(Mobilfunk-Nummer)

An
Verbandsgemeindekasse Puderbach
Hauptstraße 13

56305 Puderbach

FAX an: 02684 858199

Hinweise und Informationen auf der Rückseite

SEPA – LASTSCHRIFTMANDAT
Steuern, Abgaben

für Zahlungsempfänger: **Verbandsgemeinde Puderbach** – **Gläubiger-Identifikationsnummer: DE75VGV00000032569**

Ich ermächtige / Wir ermächtigen
(A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.
Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Wenn mein Konto nicht die erforderliche Deckung aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

Anfallende Rückbuchungsgebühren der beteiligten Kreditinstitute gehen zu meinen Lasten.

Auf dieses Konto können auch eventuelle Guthaben erstattet werden.

Bankverbindung:

IBAN (des Zahlungspflichtigen) | D | E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

BIC (8 oder 11 Stellen) | | | | | | | | | | | |

KREDITINSTITUT _____ _____
(Name) (Ort)

Die Ermächtigung gilt ab dem: _____ **für folgende Mandatsreferenz/en:**
(Datum)

Kassenzeichen;	Objektnr.:	Kassenzeichen	Objektnr:	Kassenzeichen	Objektnr.
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

_____ _____ _____
(Ort) (Datum) (Unterschrift/en des/der Kontoinhaber)