

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Bitte vollständig ausgefüllt, eigenhändig unterschrieben und im Original einreichen.
Alternativ ist die Übersendung des SEPA-Lastschriftmandats per Telefax bzw. Computerscan des eigenhändig unterschriebenen Originals möglich.

**An die
Stadt Wülfrath
Abt. Zahlungsabwicklung
Am Rathaus 1
42489 Wülfrath**

E-Mail: stadtkasse@stadt.wuelfrath.de
Telefax: 02058 / 181-111

Gläubiger-Identifikationsnummer : DE84ZZZ00000102926

Mandatsreferenz

(wird von Zahlungsabwicklung eingetragen)

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige/Wir ermächtigen die Stadt Wülfrath (Zahlungsempfänger), Zahlungen bei Fälligkeit von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Mir/Uns ist bekannt, dass ich/wir innerhalb von 8 Wochen ab dem Belastungsdatum die Erstattung des abgebuchten Betrages verlangen kann/können. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Die der Stadt Wülfrath entstehenden Bankgebühren für nicht eingelöste Abbuchungen gehen zu meinen/unseren Lasten.

Das nachfolgend Zutreffende bitte ankreuzen bzw. eintragen:

Das SEPA-Lastschriftmandat gilt

ab sofort

ab (Datum)

Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt auch für noch offene Forderungen der Stadt Wülfrath, deren Fälligkeit vor dem vorgenannten Gültigkeitsdatum liegt.

| Zahlungsart : <input type="radio"/> Wiederkehrende Zahlungen | | <input type="radio"/> Einmalige Zahlung | |
|--|-------------------|---|---------------------------|
| Kassenzeichen / Personenkonto (bitte angeben) | | Kassenzeichen / Personenkonto (bitte angeben) | |
| <input type="checkbox"/> | Grundabgaben | <input type="checkbox"/> | Miete / Pacht |
| <input type="checkbox"/> | Hundesteuer | <input type="checkbox"/> | Benutzungsgebühr/-entgelt |
| <input type="checkbox"/> | Gewerbesteuer | <input type="checkbox"/> | Elternbeiträge |
| <input type="checkbox"/> | Vergnügungssteuer | <input type="checkbox"/> | Entgelt Mittagessen |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |

Zahlungspflichtige/r

Name, Vorname:

Straße, Haus-Nr.:

Postleitzahl, Ort:

Telefon / Fax / E-Mail:

Abweichende/r Kontoinhaber/in (nur eintragen, wenn Kontoinhaber/in von Zahlungspflichtigem/er abweicht)

Name, Vorname:

Straße, Haus-Nr.:

Postleitzahl, Ort:

Telefon / Fax / E-Mail:

| | |
|---|--|
| Name des Kreditinstitutes | |
| IBAN (International Bank Account Number) | |
| BIC (Business Identifier Code) | |

Ort, Datum

Unterschrift(en) Kontoinhaber(in)