

Gläubiger-Identifikationsnummer
DE44ZZZ00000084149

Abgabepflichtige/r: Vorname und Nachname / Firma

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Telefon (freiwillige Angabe)

Zahlungsgrund: **Wiederkehrende Zahlungen**

Bürger-Nummer:

Bitte im Original an die Verbandsgemeindekasse zurück

Verbandsgemeinde Wörrstadt
Verbandsgemeindekasse
Zum Römergrund 2-6
55286 Wörrstadt

SEPA-Lastschriftmandat für SEPA-Basislastschriften

Ich ermächtige */Wir ermächtigen die Verbandsgemeindekasse Wörrstadt, Zahlungen von meinem */unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein */weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Verbandsgemeindekasse Wörrstadt auf mein /unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Der Einzug soll ab: */sofort oder ab: _____ erfolgen.

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

Meine /Unsere Bankverbindungsdaten lauten wie folgt:

(Ihre IBAN und BIC können Sie bitte Ihrem Kontoauszug entnehmen)

Name des Kreditinstituts: _____

IBAN:

D E _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____

BIC: _____ | _____ | _____

(Ihre IBAN und BIC können Sie bitte Ihrem Kontoauszug entnehmen)

Ort

Datum

Unterschrift des */der Kontoinhaber

Nur ausfüllen, wenn Kontoinhaber nicht mit dem oben ausgedruckten Zahlungspflichtigen identisch ist.

Name

Straße / Hausnummer

Vorname

PLZ / Ort