

KURSTADT BAD ORB

DER MAGISTRAT

Stadtkasse



An
Stadt Bad Orb
Stadtkasse
Frankfurter Straße 2
63619 Bad Orb

Gläubiger-Identifikationsnummer:
DE27ZZZ00000027031

Mandatsreferenz:
Wird separat mitgeteilt

SEPA-Lastschriftmandat

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

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

Zahlungspflichtige/r	Kontoinhaber/in (falls vom Zahlungspflichtigen abweichend)
Name, Vorname	Name, Vorname
Straße, Hausnummer	Straße, Hausnummer
PLZ, Ort	PLZ, Ort

Name des Kreditinstitutes: _____

BIC-/SWIFT-Code: _____

IBAN: DE __ | __ | __ | __ | __ | __

ab sofort ab Fälligkeitsdatum: _____

Kassenkonto	Grund der Zahlung

Achtung: Bitte nur im Original zurücksenden. Fax und E-Mail können nicht berücksichtigt werden!

Ort, Datum	Unterschrift des Kontoinhabers
------------	--------------------------------