Gläubiger-Identfikationsnummer

DE36 950 00000 269660

Verbandsgemeinde
WÖLLSTEIN

Bitte im Original unterschrieben zurück an die VG-Kasse

Verbandsgemeinde Wöllstein
Verbandsgemeindekasse
St. Floriansweg 8
55599 Gau-Bickelheim

Abgabepflichtige/r: Nachname, Vorname, Firma

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Bürger-Nummer:

SEPA- Lastschriftmandat für SEPA-Basislastschriften

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

Der Einzug soll erfolgen: ☐ ab sofort ☐ ab _____

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:

Name des Kreditinstituts _____

IBAN: DE _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _

BIC: _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _

_____

Ort Datum Unterschrift Kontoinhaber

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

Name: _____ Vorname: _____

Straße/Haus Nr. _____ PLZ/Ort _____