

# SEPA-Lastschriftmandat

für: Elternbeiträge Betreuungsangebote

(Bezeichnung der Forderung)

Name des Zahlungsempfängers: Stadtverwaltung Pirmasens

Anschrift des Zahlungsempfängers

Straße und Hausnummer: Exerzierplatzstrasse 17

Postleitzahl und Ort: 66953 Pirmasens

Land: Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE32ZZZ00000057399

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):

Personennummer: \_\_\_\_\_ Abgabearzt: 060 \_\_\_\_\_ Objekt-Nr.: \_\_\_\_\_

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

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.

Das SEPA-Lastschriftmandat gilt ab Datum (TT.MM.JJJJ): \_\_\_\_\_

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung  Einmalige Zahlung

Name des Zahlungspflichtigen:

Anschrift des Zahlungspflichtigen

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl und Ort:

Name des Kontoinhabers (falls abweichend):

Anschrift des Kontoinhabers

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl und Ort:

IBAN des Zahlungspflichtigen (insgesamt 22 Stellen):

DE

BIC:

Kreditinstitut:

Ort:

Datum (TT.MM.JJJJ):

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):