SEPA-Basislastschriftmandat

Bitte nicht faxen oder mailen!

Amt Arensharde
-Amtskasse-
Hauptstraße 41
24887 Silberstedt

Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE87ZZZ00000017027**

Mandatsreferenz-Nr. _____ (wird vom Amt ausgefüllt)

Ich ermächtige/Wir ermächtigen das Amt Arensharde,

folgende wiederkehrende Zahlungen:

☐ Beitrag für die betreute Grundschule Schuby für das Kind _____

von meinem/unserem Konto mittels SEPA-Basislastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von dem Amt Arensharde auf mein/unser Konto gezogene/n Lastschrift/en einzulösen.

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

Ich stimme einer Verkürzung der Vorabankündigung auf 3 Tage vor Fälligkeit (Belastungsdatum) zu. (wenn nicht bitte streichen)

Zahlungspflichtiger : (Kontoinhaber)

Name, Vorname/Firma	
Straße und Haus-Nr.	
PLZ und Ort	
Telefon-Nr. (freiwillig)	
E-Mail (freiwillig)	
Kreditinstitut (Name)	

IBAN (siehe Kontoauszug)	D	E																						
BIC (8 oder 11 Stellen)																								

(Hinweis: Hier bitte zwingend nur Ihre IBAN und BIC angeben. Vordrucke, die mit bisheriger Kontonummer und Bankleitzahl ausgefüllt werden, sind nicht wirksam)

_____, den _____ _____

(Ort) (Datum) (Unterschrift, ggf. Stempel)