

Mandatsreferenz: _____
(vom Zahlungsempfänger auszufüllen)

Stadt Heide
Postelweg 1
25746 Heide

E-Mail: Kasse@stadt-heide.de
Telefon: 0481- 6850- 221 oder 223
Fax: 0481- 6850-7221 oder 7223

Kassenzeichen/Steuernummer und Objektnummer/n	
<input type="text"/>	
Pflichtiger:	<input type="text"/>
Straße/Hausnr.:	<input type="text"/>
PLZ und Ort:	<input type="text"/>

Name des Kontoinhabers:	<input type="text"/>
IBAN: DE	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
BIC:	<input type="text"/>

SEPA-Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger: Stadt Heide
Gläubiger-ID: DE02ZZZ00000076272

Ich ermächtige / wir ermächtigen den Zahlungsempfänger Stadt Heide, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zeitgleich weise ich mein/ weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger auf mein /unser Konto gezogenen 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.

Hiermit bestätige/n ich/wir die oben genannten Daten und stimme/n dem Mandat zu.

Ort/Datum

Unterschrift des Kontoinhabers