Bitte im Original zurücksenden (kein FAX! keine email!); nur im Original gültig!

Stadt Deggendorf
Stadtkasse – Sachgebiet 21
Franz-Josef-Strauß-Str. 3
94469 Deggendorf

Stadt Deggendorf: IBAN: DE10 7415 0000 0380 0005 39 SWIFT-BIC: BYLADEM1DEG
Gläubiger-Identifikationsnummer der Stadt Deggendorf: DE88ZZZ00000034081

Erteilung eines SEPA-Basis-Lastschriftmandats und Vereinbarung

Ich/wir ermächtige(n) die Stadt Deggendorf, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Stadt Deggendorf auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Mir/Uns ist bekannt, dass innerhalb von 8 Wochen – beginnend mit dem Belastungsdatum – die Erstattung des belasteten Betrages verlangt werden kann. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Die 1. Abbuchung erfolgt zur mir/uns bekannten Fälligkeit, die auf dem Bescheid/der Rechnung oder der Vereinbarung bestimmt ist. Ich/wir sind damit einverstanden, dass eine gesonderte Mitteilung der Mandatsreferenznummer nicht erfolgt. Die Mandatsreferenznummer ist beim Lastschrifteinzug auf dem Kontoauszug ersichtlich.
Die per SEPA-Lastschriftmandat eingezogenen Beträge und Fälligkeiten bleiben gleich. Änderungen werden durch Bescheide oder Vertrag mitgeteilt**.** Ich/wir sind damit einverstanden, dass eine gesonderte Vorankündigung nicht erfolgt.

Das SEPA-Basis-Lastschriftmandat soll ab sofort oder ab dem ……(Datum) für folgende Abgabenarten bzw. Forderungen gelten:

(bitte ankreuzen):

☐ **alle** ☐**nachfolgend bezeichnete**

☐ Grundsteuer
☐ Gewerbesteuer (inkl. Vorauszahlungen u. Zinsen)
☐ Fäkalschlammentsorgung
☐ Straßenreinigung
☐ Kanalbenutzungsgebühren
☐ Mieten
☐ Pachten
☐ Erbbauzins
☐ Erschließungsbeiträge
☐ Hundesteuer
☐ Kindergarten/Hortgebühren (inkl. Verpflegung, Tee-Geld/ Spielgeld, Mittags-/Ganztagsbetreuung)
☐ sonstige:_____

Falls Sie keine Auswahl treffen, gilt das Mandat für alle anfallenden Zahlungen betreffend der angegebenen Finanzadresse(n) (FAD).

Zahlungsart: **(bitte ankreuzen)**

☐ **wiederkehrende Zahlung** ☐**einmalige Zahlung**

Finanzadresse(n):_____
(FAD) bzw. Kassenzeichen

Vorname und Name

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Telefonnummer für Rückfragen

Kreditinstitut (Name und Ort)

Kontoinhaber (Name und Vorname)

Straße und Hausnummer (des Kontoinhabers)

PLZ und Ort (des Kontoinhabers)

WICHTIG: Bitte angeben: BIC und IBAN (DE…) ersichtlich auf Ihrem Kontoauszug!

BIC

DE . . / . . . . /. . . . / . . . . / . . . . / . .
IBAN

Ort und Datum

Unterschrift des Kontoinhabers/in