Zahlungspflichtiger:

Name/Vorname: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

(Zwingend erforderlich)

Mandatsreferenznummer/Rechnungsnummer/

Buchungszeichen/Kassenzeichen:

_____

(Zwingend erforderlich)

Zahlungsempfänger:

Stadt Hückelhoven
Rathausplatz 1
41836 Hückelhoven

Gläubigeridentifikationsnummer:
DE33ZZZ00000034974

Erteilung eines SEPA Lastschriftmandats

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) die Stadt Hückelhoven, Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von der Stadt Hückelhoven 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.

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Basis-Lastschrift wird mich (uns) die Stadt Hückelhoven über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten.

Die Belastung soll bei

Bank_____

IBAN: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

BIC: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

(entnehmen Sie bitte ihrem Kontoauszug)
vorgenommen werden.

Kontoinhaber:
(auszufüllen, falls vom Zahlungspflichtigen abweichend)

_____ _____
(Name, Vorname) (Anschrift)

_____ _____
Ort, Datum **Unterschrift des Zahlungspflichtigen/Kontoinhabers**