

Stadt Drensteinfurt
Der Bürgermeister
Fachbereich 5 – Finanzen
Postfach 12 60
48317 Drensteinfurt
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE17DRE00000105005

Name, Vorname: _____

Straße: _____

PLZ / Wohnort: _____

**SEPA-Lastschriftmandat
für Forderungen der Stadt Drensteinfurt**

Mandatsreferenz: _____
(Objektnummer / Kassenzeichen)

Ich ermächtige die Stadt Drensteinfurt hiermit jederzeit widerruflich die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem Konto einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von Ihnen auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Mir ist bekannt, dass ich innerhalb von 8 Wochen – beginnend mit dem Belastungsdatum – die Erstattung des belasteten Betrages verlangen kann. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber:

Name und Anschrift wie oben

oder bei abweichendem Kontoinhaber:

Name, Vorname: _____

Straße: _____

PLZ / Wohnort: _____

Kreditinstitut: _____

IBAN: _____

BIC: _____

- Wenn das Konto nicht die erforderliche Deckung aufweist, besteht für das kontoführende Institut keine Verpflichtung zur Einlösung (Rücklastschrift)
- Durch die Rücklastschrift entstehende Kosten gehen zu Lasten des Zahlungspflichtigen.
- Im Falle einer Rücklastschrift erlischt das hierdurch erteilte SEPA-Lastschriftmandat

Ort, Datum

Unterschrift **Kontoinhaber**