

# SEPA-Lastschriftmandat

Durch die Verwaltung auszufüllen	
Referenz:	Pk:
Datum:	Kz:

Gemeindekasse  
Gemeinde Gröbenzell  
Danziger Str. 23  
82194 Gröbenzell

## Gemeinde Gröbenzell



Kassenzeichen und/oder Finanzadresse (**unbedingt angeben**) \_\_\_\_\_

### SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige/n den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von dem Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein/unser Konto gezogene Lastschriften einzulösen.

Hinweise: Ich/Wir kann/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 der Zahlungsempfänger (Name siehe oben) über den Einzug in dieser Verfahrensweise unterrichten.

### 1. Zahlungspflichtiger

Name der natürlichen / juristischen Person		Name/Ansprechpartner/in bei jur. Personen		Vorname
Straße		Hausnummer	PLZ	Ort
Telefon (Angabe freiwillig)	Fax (Angabe freiwillig)		E-Mail (Angabe freiwillig)	

### 2. Zahlungsempfänger

Gläubiger/in	Gläubiger-Identifikations-Nr.
Gemeinde Gröbenzell, Danziger Str. 23; 82194 Gröbenzell	DE28ZZZ00000035549

### 3. Bankverbindung

Kontoinhaber: Name der natürlichen / juristischen Person	Name/Ansprechpartner/in bei jur. Personen	Vorname
Weitere Kontoinhaber: Name der natürlichen / juristischen Person	Name/Ansprechpartner/in bei jur. Personen	Vorname
Name des Kreditinstituts		
IBAN	BIC	

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

**Dieses SEPA-Lastschriftmandat senden Sie bitte mit Originalunterschrift an uns zurück.  
Fax und E-Mail dürfen wir nicht mehr akzeptieren.**