SEPA-Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger: **Verbandsgemeindekasse Dierdorf**

Anschrift: **Neuwieder Straße 7**

56269 Dierdorf

Gläubiger- ID: **DE90ZZZ00000065279**

Mandatsreferenz:

(bitte Kassenzeichen angeben)

Ich/ wir ermächtigen den o.g. Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/ weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom o.g. Zahlungsempfänger auf mein/unser Konto gezogene Lastschriften einzulösen.
Hinweis: Ich kann/ Wir können innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsart: ☐ Wiederkehrende Zahlung ☐ Einmalige Zahlung

Zahlungsbeginn ab Fälligkeit: _____

Zahlungspflichtiger:

Vorname und Nachname (Kontoinhaber) Tel.Nr.(Für Rückfragen)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Wohnort

IBAN (max. 35 Stellen)

BIC (8 oder 11 Stellen)

Ort Datum

Unterschrift/en des/der Zahlungspflichtigen

Ausgefüllt und unterschrieben zurück an:

Verbandsgemeindekasse Dierdorf, Neuwieder Straße 7, 56269 Dierdorf
Oder per Fax an: 02689/291-71252 oder 02689/291-71253