

zurück an:

Gläubigeridentifikationsnummer:
DE65ZZZ00000199977

Gemeindevorstand Linsengericht
- Finanzverwaltung -
Altenhaßlau
Amtshofstraße 1
63589 Linsengericht

Hinweis: Ihre Mandatsreferenznummer wird Ihnen gesondert mitgeteilt!

Posteingangsstempel
der Gemeinde

SEPA-Lastschriftmandat ¹⁾

in Kombination mit der Erteilung einer Einzugsermächtigung ²⁾

- 1) Ich / Wir ermächtige/n die Gemeinde Linsengericht, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Gemeinde Linsengericht 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.
- 2) Ich ermächtige / Wir ermächtigen die Gemeinde Linsengericht widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.

Mein / Unser Kassenzeichen:

--	--	--	--	--	--

(Debitoren-Nr.)

Für alle Objekte

Nur für Objekt-Nr.: _____

Diese Angaben finden Sie auf Ihrem Abgabenbescheid

Zahlungsart:

oder nur Abgabenart:

Alle zukünftig wiederkehrende Zahlungen

200 – Grundbesitzabgaben
(Grundsteuer + Abfallgebühr)

600 – Mieten / Pacht

300 – Gewerbesteuer

700 – Kindergarten

Für Fälligkeiten ab (Datum):

--	--	--	--	--	--	--	--

400 – Hundesteuer

Name und Anschrift der / des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber/in):

Anrede:	<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Firma	<input type="checkbox"/>
Vorname:	Nachname:			
Straße und Hausnummer:				
Postleitzahl:	Ort:			

Bankverbindung der / des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber/in):

Name der Bank / des Kreditinstitutes:

IBAN *: <small>(Pflichtfeld)</small>	DE		Konto-Nr. <small>(bisher):</small>	
---	----	--	---------------------------------------	--

BIC *: <small>(Pflichtfeld)</small>		Bankleitzahl <small>(bisher):</small>	
--	--	--	--

* Diese Angaben erhalten Sie von Ihrer Bank bzw. finden Sie auf Ihren aktuellen Kontoauszügen und / oder Ihrer aktuellen Bankkarte.

Ort:	Datum:
------	--------

Unterschrift(en) der / des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber/in):

Hinweis: Wenn Ihr Konto bei unserer Lastschrift nicht die erforderliche Deckung aufweist, besteht seitens Ihres Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Die hierbei entstehenden Kosten (z. B. Bankrückbuchungsgebühren, welche dem Konto der Gemeinde Linsengericht belastet werden) gehen zu Ihren Lasten, d. h. zu Lasten der / des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber/in).



Zutreffendes bitte ankreuzen, Formular komplett ausfüllen und eigenhändig unterschreiben!

