

Bitte nur ein Lastschriftmandat erteilen, sofern für das Essengeld bisher noch kein Mandat erteilt wurde!

S E P A - B a s i s - L a s t s c h r i f t m a n d a t

(Einzugsermächtigung)

für die *Stadtkasse Bad Fallingbostal, Vogteistr. 1, 29683 Bad Fallingbostal*
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 80 ZZZ 00000245200

(Bitte ausfüllen, unterschreiben und im Original zusenden! Bitte nicht faxen oder mailen)

Ich ermächtige die Stadtkasse Bad Fallingbostal, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.
Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Stadtkasse Bad Fallingbostal auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.
Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kassenzeichen der Stadt Bad Fallingbostal:

Das Lastschriftmandat gilt für folgende wiederkehrende Zahlungen (einschließlich der Nebenleistungen):

() Essengeld Grundschule Bad Fallingbostal (AA56)

() Essengeld Grundschule Dorfmark (AA57)

Name, Vorname (Kontoinhaber): _____

Telefonnummer (für Rückfragen): _____

Straße und Hausnummer : _____

Postleitzahl und Ort: _____

Kreditinstitut (Name): _____

BIC: _ _ _ _ _ | _ _ _ _

IBAN: D E _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _

Ort, Datum

Unterschrift