

Gläubiger-Identifikationsnummer
DE44ZZZ00000084149



Bitte im Original unterschrieben an die Verbandsgemeindekasse zurück

Verbandsgemeinde Wörrstadt
Verbandsgemeindekasse
Zum Römergrund 2-6
55286 Wörrstadt

Abgabepflichtige/r: Nachname, Vorname / Firma

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Telefon (freiwillige Angabe)

Zahlungsgrund: **wiederkehrende Zahlungen**

Bürger-Nummer: _____

SEPA-Lastschriftmandat für SEPA-Basislastschriften

Ich ermächtige*/wir ermächtigen die Verbandsgemeindekasse Wörrstadt, Zahlungen von meinem*/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein*/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Verbandsgemeindekasse Wörrstadt die auf mein*/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Der Einzug soll erfolgen: ab sofort ab _____.

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.

Meine*/Unsere Bankverbindungsdaten lauten wie folgt:

Name des Kreditinstituts _____

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

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

Ihre IBAN und BIC können Sie Ihrem Kontoauszug entnehmen.

Ort

Datum

Unterschrift Kontoinhaber

Nur ausfüllen, wenn der Kontoinhaber nicht mit dem oben angegebenen Zahlungspflichtigen identisch ist.

Name _____ Vorname _____

Straße/Haus Nr. _____ PLZ/Ort _____

Bitte beachten Sie: Das Formular nicht mailen oder faxen, weil der Verbandsgemeindekasse die Originalunterschrift vorliegen muss!