Erteilung eines SEPA–Lastschriftmandats

Wir benötigen Ihre persönliche Unterschrift.
Bitte senden Sie den Vordruck ausschließlich per Brief zurück; eine Erteilung per Telefon, Fax oder E-Mail ist nicht zulässig, da Ihre Unterschrift im Original vorliegen muss.

Bitte füllen Sie den Vordruck vollständig aus; versehen Sie diesen bitte mit Ort, Datum und Unterschrift.

Samtgemeinde Schwaförden
- Samtgemeindekasse -
Poststraße 157
27252 Schwaförden

Zahlungsempfänger: **Samtgemeindekasse Schwaförden**
Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE61ZZZ00000003624**
Mandatsreferenz: **wird Ihnen separat mitgeteilt**

Das Mandat ist gültig
für: (Aktenzeichen/Kassenzeichen/Personenkonto/Steuernummer)

1	
2	
3	

Ich ermächtige/Wir ermächtigen die Samtgemeindekasse Schwaförden widerruflich, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Samtgemeindekasse Schwaförden 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 die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.
Wenn das unten genannte Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung.
Teileinlösungen werden im automatischen Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

Zahlungspflichtige(r):

Name, Vorname:	
Straße, Hausnummer:	
PLZ, Wohnort:	

Kontoinhaber(in) (falls abweichend)**:**

Name, Vorname:	
Straße, Hausnummer:	
PLZ, Wohnort:	

IBAN:																					

Ort:	
Datum:	
Unterschrift des Kontoinhabers / Zahlers:	