

SEPA - Lastschriftmandat

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers

Stadt Auerbach i.d.OPf.
Stadt- / Spitalkasse
Oberer Marktplatz 1
91275 Auerbach i.d.OPf.

Gläubiger ID Stadt Auerbach
DE87ZZZ00000037106

Gläubiger ID Spitalstiftung
DE68ZZZ00000037157

Name und Anschrift des / der Kontoinhaber/in

Hiermit ermächtige(n) ich / wir o. g. Behörde (mit oben genannter Gläubiger-ID), Zahlungen von unten genanntem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich / wir das Kreditinstitut an, die von o. g. Behörde auf das unten genannte Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

IBAN

BIC

Kreditinstitut

alle an die Kasse fällig werdenden Beträge für zu entrichtenden Steuern, Abgaben und Gebühren (einmalige Abgaben, z. B. Erschließungsbeiträge, Herstellungsbeiträge und Hausanschlusskosten werden nur auf ausdrücklichen Wunsch abgebucht).

nur die nachstehend gekennzeichneten fällig werdenden Beträge (einschl. Nebenleistungen) für:

Grundsteuer A + B

Wasser- und Kanalgebühren

Miete

Gewerbesteuer
Vorauszahlung

Hundesteuer

Kindergartengebühren

Pacht

Gewerbesteuer
Abrechnung

für das Objekt

Name des Eigentümers

Auerbach i.d.OPf., den _____

Unterschrift des Kontoinhabers

Nur von der Verwaltung auszufüllen!

FAD-Nr.: _____

Objekt-Nr. / AA: _____

FAD-Nr.: _____

Objekt-Nr. / AA: _____

Datum: _____

Stadt Auerbach i.d.OPf., Oberer Marktplatz 1, 91275 Auerbach i.d.OPf.

Herrn / Frau

Formular drucken