

Gemeinde: Stadtverwaltung Kahla	Personenkonto:	Aktenzeichen:	
------------------------------------	----------------	---------------	--

SEPA-Basislastschriftmandat

Name des Zahlungsempfängers: Stadt Kahla		
Anschrift: PLZ Ort: 07768 Kahla	Ortsteil: -	Straße, Hausnummer: Markt 10
Land: Deutschland	Telefon, E-Mail: 036424 77100, stadt@kahla.de	
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE75ZZZ00000060311	Mandatsreferenz: wird separat mitgeteilt.	

Ich ermächtige/Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein/unser Konto gezogene 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.

Zahlungsart: wiederkehrende Zahlung [] einmalige Zahlung []

Für: Forderungsgrundlage:
 Objekt-Nr.:
 Bezeichnung:

Name des Steuerpflichtigen:		
Name des Zahlungspflichtigen/Bevollmächtigten:		abweichende Kontoinhaber:
Anschrift: PLZ Ort:	Ortsteil:	Straße Hausnummer:
Land:	Telefon, E-Mail:	
IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 34 Stellen):		
BIC/SWIFT Zahlungspflichtiger (8 oder 11 Stellen):		
Name des Kreditinstitutes/Name der Bank und Anschrift:		

Hinweis: Bitte senden Sie uns dieses Formular unterschrieben im Original zurück.

Ort, Datum:	Unterschrift des Zahlungspflichtigen:
-------------	---------------------------------------

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Lastschrift wird/uns der Zahlungsempfänger (Name siehe oben) über den Einzug informieren.