

SEPA-Lastschriftmandat (wiederkehrende Zahlungen)

Stadtkasse Achern
Illenauer Allee 73
77855 Achern

Gläubiger-Identifikations-Nummer: DE27ZZZ00000012093

Buchungszeichen / Mandatsreferenz: _____

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) die Stadt Achern, Zahlungen von meinem (unseren) Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von der Stadt Achern auf mein 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 dabei die mit meinem (unserem) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungspflichtiger: (Kontoinhaber)

Name, Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

Straße und Hausnummer: _____

PLZ und Ort: _____

Kreditinstitut (Name): _____

IBAN: _____

BIC: _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift/en _____