

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers:

Stadt Brilon
Fachbereich II - Stadtkasse
Am Markt 1
59929 Brilon

Gläubiger-Identifikationsnummer
der Stadt Brilon

DE75ZZZ00000117444

Name und Anschrift des/der Zahlungspflichtigen:

Name, Vorname: _____

Straße, Haus-Nr.: _____

Postleitzahl, Ort: _____

Ich/wir ermächtige(n) die Stadt Brilon, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der Stadt Brilon auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich/wir kann/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.

Die Stadt Brilon verarbeitet Ihre Daten nur für Abrechnungszwecke. Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass meine Daten verarbeitet und gespeichert werden.

Widerruf: Die Ermächtigung kann jederzeit für die Zukunft widerrufen werden. Dazu genügt eine einfache E-Mail an stadtkasse@brilon.de.

Wiederkehrende Zahlung

Einmalige Zahlung

Mandatsreferenz:

Kassenzeichen: _____

Kassenzeichen: _____

Kassenzeichen: _____

Kassenzeichen: _____

Name und Anschrift Kontoinhaber: (nur wenn **nicht** gleichzeitig Zahlungspflichtiger)

Bankverbindung: (bitte **vollständig** ausfüllen)

IBAN _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ BIC _____ | _____

Name des Geldinstitutes

Ort, Datum

Unterschrift(en) Kontoinhaber