

Mandatsreferenz: *wird separat mitgeteilt*

Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE53ZZZ00000024332**

**Hinweis: Dieses Schreiben ist unbedingt unterschrieben und im Original an die Stadtkasse weiterzuleiten!**

Stadt Neumünster  
Stadtkasse  
Großflecken 59  
24534 Neumünster

**Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats**

|                                      |
|--------------------------------------|
| <b>Zahlungspflichtiger</b>           |
| Name, Vorname: _____                 |
| Straße, Hausnummer: _____            |
| PLZ, Wohnort: _____                  |
| Telefonnummer (für Rückfragen) _____ |

|  |
|--|
| <b>Kontoinhaber (falls abweichend)</b> |
| Name, Vorname: _____                   |
| Straße, Hausnummer: _____              |
| PLZ, Wohnort: _____                    |
| Telefonnummer (für Rückfragen) _____   |

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) die Stadt Neumünster, Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von der Stadt Neumünster auf mein (unser) Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Ich bin (Wir sind) mit einer Verkürzung der Ankündigungsfrist auf einen Tag einverstanden.

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.

|  |
|--|
| <b>Bankverbindung:</b><br>(Entsprechende Angaben finden Sie auf Ihrem Kontoauszug) |
| Kreditinstitut: _____  |
| BIC: _____   |
| IBAN: _____  |

|                                      |
|--------------------------------------|
| <b>Kassenzeichen:</b>                |
| Betrifft folgende Forderungen: _____ |
| Gültig ab: _____                     |

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Kontoinhabers / Kontobevollmächtigten