
Vorname und Name

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon

Stadt Ibbenbüren
Abteilung Stadtkasse
Alte Münsterstraße 16
49477 Ibbenbüren

SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE4622200000004864**

Mandatsreferenz:

Die Mandatsreferenz entspricht dem Kassenzeichen auf Ihrem Bescheid

Das SEPA-Lastschriftmandat gilt ab dem _____
für

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Grundbesitzabgaben/Hundesteuer | <input type="radio"/> Mittagsverpflegung |
| <input type="radio"/> Gewerbesteuer | <input type="radio"/> offener Ganzttag |
| <input type="radio"/> Musikschule | <input type="radio"/> _____ |

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Stadt Ibbenbüren, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Stadt Ibbenbüren auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis:

Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

IBAN*: DE ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____

BIC*: ____ | ____

Kreditinstitut: _____

Kontonummer: _____ **BLZ:** _____

* Sie finden IBAN und BIC auf Ihren Kontoauszügen.

Datum und Unterschrift