

Stadt Pfarrkirchen
Stadtkasse
Stadtplatz 2
84347 Pfarrkirchen

Wir benötigen Ihre persönliche Unterschrift.
Bitte senden Sie den Vordruck ausschließlich per Brief zurück; eine Erteilung per Telefon, Fax oder E-Mail ist nicht möglich, da Ihre Unterschrift im Original vorliegen muss.

Sollten die Angaben im Vordruck korrekt sein, versehen Sie diesen bitte einfach mit Ort, Datum und Unterschrift. Sollten Einträge im Vordruck fehlerhaft oder unvollständig sein, tragen Sie bitte die korrekten Daten in die vorbereiteten Zeilen ein und versehen den Vordruck ebenfalls mit Ort, Datum und Unterschrift.

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Ich/wir ermächtige/n hiermit den Zahlungsempfänger, die einmalige Zahlung bzw. wiederkehrende Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Angaben zum SEPA-Lastschriftmandat:

Zahlungsempfänger: **Stadtkasse Pfarrkirchen**
Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE94STA00000159782**
Mandatsreferenz: **Die Mandatsreferenz wird Ihnen gesondert mitgeteilt!**

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.

Anschrift des Kontoinhabers: Vor- und Nachname: _____
ggf. Ortsteil: _____
Straße: _____
PLZ u. Ort: _____
ggf. Land: _____

Kreditinstitut: _____
BIC: _____
IBAN: _____

Das Mandat ist gültig für (Zutreffendes ankreuzen und ggf. Angaben vervollständigen):

PK-Nr.: / Objekt-Nr: /

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Grundsteuer A | <input type="checkbox"/> Grundsteuer B | <input type="checkbox"/> Gewerbesteuer | <input type="checkbox"/> Hundesteuer |
| <input type="checkbox"/> Abwasserabgabe
Kleininleiter | <input type="checkbox"/> Gebühr für
Sondernutzungs-
erlaubnis | <input type="checkbox"/> Miete / Pacht | <input type="checkbox"/> Betriebskosten |
| <input type="checkbox"/> Erbbauzins | | <input type="checkbox"/> _____ | |
| <input type="checkbox"/> Mittagsverpflegung für: | _____ | | |
- (Vor- und Nachname des Kindes)

Gültig nur im Original, nicht per Telefax oder E-Mail!

Ort, Datum _____

Unterschrift des Kontoinhabers bzw. des Kontobevollmächtigten _____