

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Zahlungsempfänger: Gemeinde Algermissen
Markstraße 7
31191 Algermissen
Telefon: 05126/91000 Telefax: 05126/910091

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE65ALG00000059909

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

SEPA-Lastschriftmandat

Hiermit ermächtige ich die Gemeinde Algermissen Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Gemeinde Algermissen 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.

Kassenzeichen: _____

Kassenzeichen: _____

Kassenzeichen: _____

Zahlungsart:

Wiederkehrende Zahlung Einmalige Zahlung

Kreditinstitut

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen):

DE

BIC (8 oder 11 Stellen):

Ort, Datum:

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):