

SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Herrn Amtsvorsteher
des Amtes Lauenburgische Seen
-Amtskasse-
Fünfhausen 1
23909 Ratzeburg

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE40ZZZ00000029222
Mandatsreferenz: wird Ihnen separat mitgeteilt

Bitte nicht faxen oder mailen, da die Originalunterschrift vorliegen muss.

Ich ermächtige das Amt Lauenburgische Seen, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Amt Lauenburgische Seen 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.

Zahlungsart:

Wiederkehrende Zahlung

(Ich stimme einer Verkürzung der Vorabankündigung auf 3 Tage vor Fälligkeit zu.)

Kassenzeichen (s. Abgabenbescheid):

Name, Vorname (**Kontoinhaber**):

Straße, Haus-Nr.:

Postleitzahl und Ort:

Telefonnummer:

Kreditinstitut:

IBAN (siehe Kontoauszug)

DE _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _

BIC (8 oder 11 Stellen)

_____ | _____

Steuerpflichtiger(Name, Vorname)
wenn nicht identisch mit Kontoinhaber:

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Kontoinhabers)