

Absender:



**Stadt Hohen Neuendorf
-Stadtkasse-
Oranienburger Straße 2**

16540 Hohen Neuendorf

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gern zur Verfügung.
Telefonnr. 03303/ 528-127
Telefax-Nr. 03303/ 528 40 27

SEPA-Lastschrift-Mandat zum Kassenzeichen: _____

Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE86ZZZ00000076118**
Mandatsreferenz: **WIRD SEPARAT MITGETEILT**

Hiermit ermächtige/n ich/wir die Stadtkasse Hohen Neuendorf nachfolgende zu entrichtende Forderungen zum jeweiligen Fälligkeitstag von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der Stadtkasse Hohen Neuendorf auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

- Grundsteuer B Grundsteuer A Kindertagespflegebeiträge
- Hundesteuer Erbbauzins Pacht
- Gewerbesteuer (Vorauszahlung, Abrechnung und deren Verzinsung)

Zahlungsweise:
 vierteljährlich – zum 15.02., 15.05., 15.08., 15.11. jährlich – zum 01.07.
 monatlich (nur für Kindertagespflegebeiträge) – zum 05. des Monats (ohne Juli)

Ich/Wir beantrage(n) die **Änderung** der Zahlweise **ab dem folgenden Kalenderjahr** auf
 vierteljährlich – zum 15.02., 15.05., 15.08., 15.11. jährlich – zum 01.07.

Diese Einzugsermächtigung gilt erstmalig ab sofort.

IBAN: DE _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
BIC: _ _ _ _ _	Bezeichnung des Geldinstituts: _ _ _ _ _

Kontoinhaber (falls abweichend vom Zahlungspflichtigen) Name, Vorname
Straße und Haus Nr.
Postleitzahl und Ort

Hinweis: Innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, kann die Erstattung des belasteten Betrages verlangt werden. Es gelten dabei die mit Ihrem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Telefonnummer für evtl. Rückfragen:

X

Ort, Datum und Unterschrift/en des/der zeichnungsberechtigten Kontoinhaber/s (ggf. Firmenstempel)

Bearbeitungsvermerke		
Mandatsreferenz	Mandatsstatus	Vorabinformation versandt am