

Eingangsstempel

**Stadtverwaltung Hohen Neuendorf**  
**-Stadtkasse-**  
**Oranienburger Str. 2**  
**16540 Hohen Neuendorf**

Telefon: 03303 / 528 146  
 E-Mail: stadtkasse@hohen-neuendorf.de

**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.

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Grundsteuer B  | <input type="checkbox"/> Grundsteuer A    | <input type="checkbox"/> Kindertagespflegebeiträge |
| <input type="checkbox"/> Hundesteuer  | <input type="checkbox"/> Erbbauzins/Pacht | <input type="checkbox"/> Essengeld                 |
| <input type="checkbox"/> Gewerbesteuer (Vorauszahlung, Abrechnung und deren Verzinsung) | <input type="checkbox"/> _____            |  |

Zahlungsweise:

- vierteljährlich – zum 15.02., 15.05., 15.08., 15.11.       jährlich – zum 01.07.  
 monatlich (nur für Kindertagespflegebeiträge + Essengeld) – zum 15. des lfd. Monats (im Juli nur Essengeld)

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.**

**Eventuell bestehende Rückstände bitte(n) ich/wir zum nächstmöglichen Zeitpunkt einzuziehen.**

<b>Kontoinhaber (falls abweichend vom Zahlungspflichtigen)</b>	
Name, Vorname	
Straße und Haus Nr.	
Postleitzahl und Ort	
IBAN:	
<b>DE</b>	
BIC:	Bezeichnung des Geldinstituts:

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)