STADT HOHEN NEUENDORF

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.

☐ Grundsteuer ☐ Gewerbesteuer (Vorauszahlung, Abrechnung und deren Verzinsung)

☐ Hundesteuer ☐ Erbbauzins/Pacht

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.

kontoinhabende Person Name, Vorname
Straße und Haus Nr.
Postleitzahl und Ort

IBAN: **DE** _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _
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 und Firmenstempel

zahlungspflichtige Person (falls abweichend von kontoinhabende Person) Name, Vorname
Straße und Haus Nr.
Postleitzahl und Ort