SEPA-Lastschriftmandat

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers
Stadt Oberndorf a.N. Klosterstr. 3 78727 Oberndorf a.N.

Gläubiger-Identifikationsnummer
DE37ZZZ00000154503

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen)

Ich ermächtige / Wir ermächtigen die Stadt Oberndorf a.N. Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein /weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Stadt Oberndorf a.N. auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsart

☐ Wiederkehrende Zahlung ☐ Einmalige Zahlung

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

IBAN (max. 35 Stellen)																						
D	E																					

BIC (8 oder 11 Stellen)

Ort, Datum _____ Unterschrift _____