

SEPA-Lastschriftmandat

Bitte ausgefüllt zurücksenden an:

Samtgemeinde Hollenstedt
Fachbereich 210
Hauptstraße 15
21279 Hollenstedt



Telefon: 04165/95-50 oder 95-51

Fax: 04165/95-66

an.lahme@hollenstedt.de

bi.spode@hollenstedt.de

Gläubiger-ID: DE56ZZZ00000063854

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Ich ermächtige die Samtgemeinde Hollenstedt, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Samtgemeinde Hollenstedt auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Mir ist bekannt, dass im Falle einer Rücklastschrift das Sepa-Lastschriftmandat gelöscht wird und keine weiteren Einzüge der Forderungen erfolgen. Ich bin damit einverstanden, dass das angegebene Konto auch für Erstattungen verwendet wird.

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.

Kassenzeichen (falls bekannt)	
-------------------------------	--

Der Lastschritteinzug gilt ab	
-------------------------------	--

Zahlungspflichtiger	
Name, Vorname	
Straße, Haus-Nr.	
PLZ, Wohnort	
Telefon/E-mail (für evtl. Rückfragen)	

Kontoinhaber (Nur bei Abweichung vom Zahlungspflichtigen angeben)	
Name, Vorname	
Straße, Haus-Nr.	
PLZ, Wohnort	
Telefon/E-mail (für evtl. Rückfragen)	

IBAN	BIC
Kontoführendes Kreditinstitut:	

--	--

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Kontoinhabers)