

## SEPA-Lastschriftmandat

### AMT GELTINGER BUCHT

Die Amtsdirektorin  
-Finanzwesen-  
Holmlück 2  
24972 Steinbergkirche

**Bitte nicht faxen oder mailen!**

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE62ZZZ00000334958

Mandatsreferenznummer: \_\_\_\_\_ wird vom Amt vergeben und separat mitgeteilt!

**Ich ermächtige die Amtskasse Geltinger Bucht, folgende in Zukunft fällig werdende (nicht rückständige) wiederkehrende Zahlungen**

Kassenzeichen (siehe Abgabenbescheid):

Objektbezeichnung:

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Grundsteuer         | <input type="checkbox"/> Gewerbesteuer     | <input type="checkbox"/> Hundesteuer                   |
| <input type="checkbox"/> Abwassergebühr      | <input type="checkbox"/> Wassergebühr      | <input type="checkbox"/> Zweitwohnungssteuer           |
| <input type="checkbox"/> Tourismusabgabe     | <input type="checkbox"/> Miete/Pacht       | <input type="checkbox"/> Hafengebühren/Liegeplatzmiete |
| <input type="checkbox"/> Niederschlagsgebühr | <input type="checkbox"/> Klärschlammabfuhr | <input type="checkbox"/> Straßenreinigungsgebühr       |
| <input type="checkbox"/> _____               |  |  |

**von meinem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen.** Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Amtskasse Geltinger Bucht auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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.

Ich stimme einer Verkürzung der Vorabkündigung auf drei Tage vor Fälligkeit (Belastungsdatum) zu. (wenn nicht, bitte streichen)

#### Angaben zum Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

Name, Vorname (Kontoinhaber): \_\_\_\_\_

Straße und Hausnummer: \_\_\_\_\_

Postleitzahl und Ort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer (tagsüber): \_\_\_\_\_

(keine Pflichtangabe)

E-Mail: \_\_\_\_\_

(keine Pflichtangabe)

Kreditinstitut: \_\_\_\_\_

IBAN (siehe Kontoauszug) D E \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_

BIC (8 oder 11 Stellen) \_ \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_

Ort und Datum (Angabe ist erforderlich!)

Unterschrift/en des/r Kontoinhaber/s

*Den ausgefüllten Vordruck bitte **nicht** faxen oder mailen! Das erteilte Mandat ist nur im Original wirksam.*