

## 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 Vorabankündigung 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.*