

48 _____ auch für **Eigenbetrieb Abwasserbeseitigung**
(Kassenzeichen/Personen-Nr./PK-Nr.; siehe Bescheid)

Stadt Bremervörde
- Stadtkasse -
Postfach 1465
27424 Bremervörde

Bitte unbedingt im Original einwerfen oder zusenden!
(Fax oder Mail sind nicht ausreichend!)

S E P A - L a s t s c h r i f t m a n d a t

Ich/Wir ermächtige/n die Stadt Bremervörde – Stadtkasse – alle fälligen Beträge von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Stadt Bremervörde – Stadtkasse - 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.

Bitte unbedingt die IBAN und BIC angeben!!

Name der Bank: _____

SWIFT-BIC: _____

IBAN: _____

Kontoinhaber:

Vorname: _____ Nachname: _____

Straße: _____ PLZ, Ort: _____

Ich bin / wir sind mit der Verkürzung der Vorankündigungsfrist für die Lastschrift auf zwei Tage einverstanden.

_____, den _____
(Ort) (Datum) (Unterschrift)

Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für folgende Steuern/Abgabearten/Zahlungen:

- alle bzw.: Grundbesitzabgaben Gewerbesteuer Hundesteuer
 Friedhofsgebühren Kindergartenentgelt sonstige: _____

Zahlungspflichtige/r, falls abweichend vom Kontoinhaber:

Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für die Zahlungs-/Abgabepflicht von

Vorname: _____ Nachname: _____

Straße: _____ PLZ, Ort: _____