Gläubiger-Identifikationsnummer
DE02ZZZ00002264495
Mandatsreferenz
wird separat mitgeteilt

Verbandsgemeindekasse
Altenkirchen-Flammersfeld
Rathausstraße 13
57609 Altenkirchen

Zahlungspflichtiger lt. Bescheid

_____
(Vorname, Name)

_____
(Straße, Hausnummer)

_____
(PLZ, Ort)

_____
(Telefon)

Bürger und Buchungsnummer:
(lt. Abgabenbescheid)

_____

SEPA-Lastschriftmandat für SEPA-Basislastschriften

Ich ermächtige | Wir ermächtigen die **Verbandsgemeindekasse Altenkirchen-Flammersfeld,**
Zahlungen von meinem | unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein | weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Verbandsgemeindekasse Altenkirchen-Flammersfeld auf mein | unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Der Einzug soll ab: **sofort** oder **ab:** **__.__.202_** erfolgen.

Hinweis: 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.

Meine | Unsere Bankverbindungsdaten lauten wie folgt:

Name des Kreditinstituts: _____

IBAN: _____ **BIC:** _____

IBAN und BIC können Sie Ihrem Kontoauszug entnehmen.

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift Kontoinhaber

Nur ausfüllen, wenn **Kontoinhaber nicht** mit dem oben ausgewiesenen Zahlungspflichtigen **identisch** ist.

_____ _____
Name Strasse + Hausnummer

_____ _____
Vorname PLZ + Ort

! Bitte senden Sie das Mandat unterschrieben im Original zurück !

KIS-KRW: Form 3 | LAYOUT OSK