
Name, Vorname (Zahlungspflichtiger)

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Anschrift:
Amt Biesenthal-Barnim, Berliner Straße 1, 16359 Biesenthal

Auskunft erteilt:
Frau Ladewig
Tel. 03337/4599-30, Fax: 03337/4599-41
E-Mail: ladewig@amt-biesenthal-barnim.de

Bankverbindung der Stadt Biesenthal
IBAN: DE70120300000010507853
BIC: BYLADEM1001
Kreditinstitut: Deutsche Kreditbank

Amt Biesenthal-Barnim
Amtskasse
Berliner Straße 1

16359 Biesenthal

Gläubiger: Stadt Biesenthal
Gläubiger - Identifikationsnummer: DE78BIE00000143483
Mandatsreferenz: wird Ihnen separat mitgeteilt

SEPA - Lastschriftmandat
für wiederkehrende Zahlungen
- für Forderungen der STADT BIESENTHAL -

Ich ermächtige die **Stadt Biesenthal**, vertreten durch das Amt Biesenthal-Barnim, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zeitgleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der Stadt Biesenthal auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Ich bin damit einverstanden, dass das angegebene Konto auch für Erstattungen genutzt wird. Mir ist bekannt, dass im Falle einer Rücklastschrift kein weiterer Einzug zum Mandat erfolgt.

Ich/Wir kann/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.

Kassenkonto/en:	KK01-
Kontoinhaber*:	_____
Straße, Nr. (Kontoinhaber)	_____
PLZ, Ort (Kontoinhaber)	_____
Kreditinstitut:	BIC:
IBAN:	DE
E-Mail:	Tel:

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers

* Hier sind die Daten des Kontoinhabers einzutragen. Erfolgt der Lastschufteinzug für das Schuldverhältnis eines Dritten, weicht der Kontoinhaber vom im Kopf bezeichneten Zahlungspflichtigen ab.

Bitte ausfüllen und im Original per Post zurücksenden! - Nicht per Fax oder E-Mail