_____	_____
N a m e	Wohnort
	_____
	Straße
	_____ _____
	Telefon Fax
	_____
	E - Mail

Verbandsgemeindeverwaltung Arzfeld
-Verbandsgemeindekasse-
Luxemburger Straße 6

54687 Arzfeld

_____
Datum

Einzugsermächtigung

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Verbandsgemeindekasse Arzfeld wird hiermit auf jederzeitigen Widerruf ermächtigt, die nach Maßgabe der zugestellten Abgabenbescheide

Steuer-Konto-Nr.:_____

fälligen Leistungen von folgendem Konto abzubuchen:

Bankbezeichnung	Bankkonto-Nummer	Bankleitzahl

Kontoinhaber:_____
falls abweichend vom Namen des / der Zahlungspflichtigen

Soweit mein / unser Konto nicht die erforderliche Deckung aufweist, ist mir / uns bekannt, dass seitens des Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung besteht.

Mit freundlichen Grüßen

_____
Unterschrift

© 2001 • Online Dokument der VG Arzfeld • http//www.vg-arzfeld.de • Bitte ausdrucken, ausfüllen und absenden