
N a m e

Wohnort

Straße

E - Mail

Verbandsgemeindeverwaltung Arzfeld
-Verbandsgemeindekasse-
Luxemburger Straße 6

Gläubiger-Ident-Nr. DE58ZZZ00000026861

54687 Arzfeld

SEPA-Lastschriftmandat / Einzugsermächtigung

Personenkonto-Nr.: _____

Hiermit ermächtige ich die Verbandsgemeindeverwaltung Arzfeld -Verbandsgemeindekasse-, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Verbandsgemeindeverwaltung Arzfeld -Verbandsgemeindekasse- auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Kontoinhaber: _____

falls abweichend vom Namen des / der Zahlungspflichtigen

Kreditinstitut / Bank	
IBAN / Konto -Nr.	
BIC / Bankleitzahl	

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.

Achten Sie bitte darauf, dass die erforderliche Deckung vorhanden ist, da ansonsten Rücklastschriftgebühren anfallen, die zu Ihren Lasten gehen.

Ort, Datum

Unterschrift