

\_\_\_\_\_

N a m e

\_\_\_\_\_

Wohnort

\_\_\_\_\_

Straße

\_\_\_\_\_

E - Mail

Verbandsgemeindeverwaltung Arzfeld  
-Verbandsgemeindekasse-  
Luxemburger Straße 6

**Gläubiger-Ident-Nr. DE58ZZZ00000026861**

54687 Arzfeld

**Vorlage nur als Original mit Unterschrift gültig - kein FAX oder E-Mail -**

## **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

<b>Kreditinstitut / Bank</b>	
<b>IBAN / Konto -Nr.</b>	
<b>BIC / Bankleitzahl</b>	

**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. Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Lastschrift wurde ich vom Zahlungsempfänger über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichtet.

**Mir ist bekannt, dass die erforderliche Deckung vorhanden sein muss, da ansonsten anfallende Rücklastschriftgebühren zu meinen Lasten gehen.**

Ort, Datum

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Unterschrift