
N a m e

Wohnort

Straße

E – Mail/Tel-Nr.

Verbandsgemeindeverwaltung Arzfeld
-Verbandsgemeindekasse-
Luxemburger Straße 6
54687 Arzfeld

Gläubiger-Ident-Nr. DE58ZZZ00000026861

SEPA-Lastschriftmandat / Einzugsermächtigung

Grundschule Arzfeld

Hiermit ermächtige ich die Verbandsgemeindeverwaltung Arzfeld -Verbandsgemeindekasse-, die monatlichen Elternbeiträge für die Teilnahme am unterrichtsergänzenden Betreuungsangebot der Grundschule Arzfeld und die Kosten für die Teilnahme am Mittagessen für mein Kind

Name, Vorname des Kindes

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

Wir weisen vorsorglich darauf hin, dass auf die Ankündigung 14 Tage vor der Abbuchung in beidseitigem Einvernehmen verzichtet wird. Die Abbuchung der Kosten erfolgt, sofern keine anderweitige Vereinbarung getroffen wurde, **zum 15. des Monats**.

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

Kontoinhaber: _____
falls abweichend vom Namen des / der Zahlungspflichtigen

Kreditinstitut / Bank	
IBAN	
BIC	

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.

Ort, Datum

Unterschrift

Wird von der Verbandsgemeindeverwaltung ausgefüllt:

Adress-Nr.: _____

PK-Nr.: _____