STADTLIPPSTADT

Lastschriftmandat

mit

☐ sofortiger Wirkung ☐ Wirkung ab Datum (TT.MM.JJJJ)

Formular leeren

Stadt Lippstadt
Fachbereich Finanzen u.
Liegenschaften
FD Finanzservice u. Controlling
Ostwall 1
59555 Lippstadt

Gläubiger	Stadt Lippstadt / FD Finanzservice u. Controlling Ostwall 1 59555 Lippstadt
Gläubiger- Identifikations-Nummer	DE03ZZZ00000057048

1. Zahlungspflichtige Person

Familienname		Vorname	
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Telefon (Mobil)	Telefon (Festnetz)	E-Mail	

2. Bankverbindung

Kontoinhabende Person: Familienname	Vorname
IBAN DE	BIC
Name des Kreditinstituts	

3. Kassenzeichen / Mandatsreferenz (für die das Lastschriftmandat erteilt werden soll)

	Kassenzeichen / Mandatsreferenz	Bezeichnung der Steuer / des Betrags
1		
2		
3		
4		
5		
6		

4. SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die oben genannte Behörde, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der oben genannten Behörde auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. 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.

5. Ergänzungen

Mit freundlichen Grüßen

Ort, Datum Lippstadt,	Unterschrift