

## SEPA-Basislastschriftmandat

### Zahlungsempfänger

Amt Kisdorf - Die Amtsdirektorin-  
Finanzbuchhaltung  
Winsener Straße 2  
24568 Kattendorf

Gläubiger-Identifikationsnummer DE04 3301 0000 1527 69

Mandatsreferenz *wird noch bekannt gegeben*

### Zahlungspflichtiger / Kontoinhaber

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Straße und Hausnummer \_\_\_\_\_

Postleitzahl und Ort \_\_\_\_\_

Name Kreditinstitut \_\_\_\_\_

IBAN DE \_\_\_\_\_

BIC (8 oder 11 Stellen) \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

Hiermit ermächtige/n ich/wir den Zahlungsempfänger widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden wiederkehrenden Zahlungen wegen (zutreffendes bitte ankreuzen)

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Grundsteuer A              | <input type="checkbox"/> Grundsteuer B                   | <input type="checkbox"/> Gewerbesteuer |
| <input type="checkbox"/> Wasser- / Abwassergebühren | <input type="checkbox"/> Niederschlagswassergebühren     | <input type="checkbox"/> Hundesteuer   |
| <input type="checkbox"/> Straßenreinigungsgebühren  | <input type="checkbox"/> Pflegegebühren Friedhof Kisdorf | <input type="checkbox"/> _____         |

Bitte buchen Sie auch aktuelle Rückstände ab.

Kassenzeichen \_\_\_\_\_

von meinem/unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger auf mein/unser Konto gezogene/n Lastschrift/en einzulösen.

**Hinweis:** Ich/Wir kann/können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Ich/Wir stimme/n einer Verkürzung der Vorabankündigung auf 3 Tage vor Fälligkeit zu.

Wenn das Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Geldinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Ich/Wir bin/sind damit einverstanden, dass das angegebene Girokonto auch für Erstattungen verwendet wird. Mir/Uns ist bekannt, dass bei einer Rücklastschrift die Einzugsermächtigung sofort gelöscht wird.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Kontoinhabers)

**Wird vom Amt Kisdorf ausgefüllt**

1. Erfassungsdatum: _____ PK: _____
-------------------------------------