

Eingangsvermerk: _____



Stadt Bad Liebenwerda
Vorname und Name (Zahlungsempfänger)
Markt 1
Straße Hausnummer
04924 Bad Liebenwerda
Postleitzahl Ort

DE31ZZZ00000026862
Gläubiger-Identifikationsnummer

07 000 0000
Mandatsreferenz

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Stadt Bad Liebenwerda Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Stadt Bad Liebenwerda von meinem Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belastenden Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Straße Hausnummer

Postleitzahl Ort

Name Kreditinstitut

BIC Kreditinstitut

D E _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
IBAN

Datum, Ort Unterschrift (Kontoinhaber)