Bitte **vollständig ausfüllen** und zurücksenden an

Stadt Bad Reichenhall
- Stadthauptkasse -
Rathausplatz 1
83435 Bad Reichenhall

Bei Rückfragen:

T 08651 / 775-255
F 08651 / 775-200
stadthauptkasse@stadt-bad-reichenhall.de

Abgaben-/Steuerpflichtiger:

Name: _____

Straße: _____

Ort: _____

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE11ZZZ00000067477**

Mandatsreferenz: **(wird nach Erteilung des Mandats gesondert mitgeteilt)**

1. SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) die Stadt Bad Reichenhall, Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von der Stadt Bad Reichenhall auf mein (unser) Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Ich kann (Wir 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.

2. Angaben des Kontoinhabers (bitte vollständig ausfüllen)

Kennziffer:	Zahlungsgrund/Verwendungszweck:	Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlungen
Name des Kontoinhabers:		
Straße und Hausnummer:		
Postleitzahl und Ort:		
IBAN des Kontoinhabers: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |		
BIC:	Kreditinstitut:	
Ort:		Datum:
Unterschrift:		