# Erteilung eines SEPA-Basislastschriftmandats

*Bitte zurücksenden an:*
*Name und Anschrift des Zahlungsempfängers*

**Stadt Walsrode**
**Stadtkasse**
**Lange Straße 22**
**29664 Walsrode**

*Wird vom Zahlungsempfänger ausgefüllt*

**Gläubiger-Identifikationsnummer**
**DE22ZZZ0000002159**

**Mandatsreferenz** (wird separat erteilt)

☐ Mandat für einmalige Zahlung

☒ Mandat für wiederkehrende Zahlungen

BUS

Ich ermächtige den o. a. Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein unten genanntes Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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.

| Kontoinhaber (Name, Vorname) | Telefon-Nr. (mit Vorwahl) |
|---|---|
| Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort) | |
| Buchungszeichen (Vertragsgegenstand / Kassenzeichen) | |
| Kreditinstitut des Kontoinhabers / der Kontoinhaberin (Name und Sitz) | |
| Datum, ab wann das SEPA-Lastschriftmandat gültig sein soll (Abbuchung kann nicht rückwirkend erfolgen!) | |

Gilt für

| | | |
|---|---|---|
| ☐ Grundsteuer A | ☐ Kindergartengebühren | |
| ☐ Grundsteuer B | Pauschale Essensgeld | |
| ☐ Gewerbesteuer-Vorauszahlung | ☐ Kindertagesstätte | ☐ |
| ☐ Gewerbesteuer-Abrechnung | ☐ Erschließungsbeitrag | ☐ |
| ☐ Hundesteuer | ☐ Miete / Pacht | ☐ |

IBAN

| DE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

BIC (8 oder 11 Stellen)

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | |

| Ort, Datum | Unterschrift des Kontoinhabers / der Kontoinhaberin |
|---|---|
| | |

© **Land Niedersachsen** - Zentrale Formularservicestelle
KASSE-012-DE-FL – SEPA-Lastschrift (für Kommunen) – 2/2020