Stadt Radevormwald
Der Bürgermeister
Hohenfuhrstr. 13
42477 Radevormwald

Gläubiger-Identifikationsnummer
**DE38ZZZ00000086100**

# SEPA-Lastschriftmandat

Mandatsreferenz: -01

Ich ermächtige den oben genannten Gläubiger (Zahlungsempfänger), Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom oben genannten Gläubiger 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.

Kassenzeichen (Vertrag) _____

_____
Vorname und Name (Kontoinhaber) Straße und Hausnummer

_____
Postleitzahl und Ort Telefon, E-Mail Adresse (freiwillige Angaben)

_____
Geschäftspartner (nicht ausfüllen, wird von der Stadtkasse ausgefüllt)

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

BIC _____ Kreditinstitut

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **D** | **E** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

IBAN

Gültig ab: _ _____
**Für Forderungen die frühestens 14 Tage nachdem das Mandat bei der Stadtkasse Radevormwald vorliegt fällig sind**

_____
Datum, Ort und Unterschrift des Kontoinhabers

_____
Vorname und Name Zahlungspflichtiger, falls abweichend vom Kontoinhaber

**Bitte das ORIGINAL unterschrieben an die Stadt Radevormwald senden**

Noch Fragen???? 02195/606-217, -223