

Stadtverwaltung Schifferstadt - Stadtkasse -

Gläubiger Identifikationsnummer DE40ZZZ00000031065

Erteilung eines SEPA Lastschriftmandats für wiederkehrende Zahlungen

- | | |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Osterferien | <input type="checkbox"/> Ortsranderholung |
| <input type="checkbox"/> Herbstferien | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ |

Kassenzeichen: _ . _ _ _ . _

Vorname des Kindes: _____
Bitte unbedingt angeben

Nachname: _____	Vorname: _____
Straße: _____	Ort: _____
Kreditinstitut: _____	BIC: _____
IBAN: _____	_____
DE _____	_____

Abweichende Kontoinhaberin / abweichender Kontoinhaber

Nachname: _____	Vorname: _____
Straße: _____	Ort: _____
Ort und Datum: _____	Unterschrift des Kontoinhabers: _____

SEPA Lastschriftmandat:
Ich ermächtige die Stadt Schifferstadt, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Stadt Schifferstadt auf mein Konto eingezogene Lastschrift einzulösen.

Zurück an:
Stadtkasse Schifferstadt
Postfach 12 64
67100 Schifferstadt