

SEPA – Basislastschriftmandat

(Einmalige Zahlung)

Stadt Markdorf
Rathausplatz 1
88677 Markdorf



Gläubiger-Identifikationsnummer: DE28ZZZ00000107717

Mandatsreferenz: _____

(bisher Buchungszeichen)

Ich/Wir ermächtige/n die Stadt Markdorf, einmalig eine Zahlung von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Stadt Markdorf auf mein/unser Konto gezogene(n) Lastschrift(en) einzulösen.

Hinweis: 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.

Zahlungspflichtiger: (Kontoinhaber)

Name, Vorname / Firma _____

Straße und Hausnummer _____

PLZ und Ort _____

Kreditinstitut _____ BIC _____

IBAN _____

Freiwillige Angaben:

Telefonnummer _____ E-Mail _____

Fax _____ Handy-Nr. _____

Ort, Datum

Unterschrift/en

-Bitte im Original zurück geben, nicht per Fax oder Mail-