

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Name des Zahlungsempfängers

Landkreis Vorpommern-Greifswald

Anschrift des Zahlungsempfängers

Straße und Hausnummer

Feldstraße 85

Postleitzahl und Ort

17489 Greifswald

Gläubiger-Identifikationsnummer

DE 11 ZZZO 0000 2029 86

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger „**automatisierter Name Zahlungsempf. von oben**“ die **Abfallgebühren** von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger „**automatisierte Name Zahlungsempf. von oben**“ auf mein / unser Konto gezogene Lastschriften 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.

Wenn das Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Geldinstitutes keine Verpflichtung zu Einlösung. Ich bin damit einverstanden, dass das angegebene Girokonto auch für Erstattungen verwendet wird. Mir ist bekannt, dass bei einer Rücklastschrift das SEPA-Lastschriftmandat sofort gelöscht wird.

Objektnummer:

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

Vorname und Nachname (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Kreditinstitut (Name)

BIC

IBAN

(z.B. DE)

Ort

Datum (TT/MM/JJJJ)

Unterschrift(en) des/r Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)