

Kreisstadt Steinfurt
Sachgebiet Stadtkasse
Emsdettener Str. 40
48565 Steinfurt

**Bitte im Original zurück!
Nicht faxen!**



SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikations-Nr. DE54STE00000144885

Mandatsreferenz(en):

(Die Mandatsreferenz entspricht dem **Kassenzeichen** auf Ihrem Bescheid.
Bitte nur **ein** Kassenzeichen pro Vordruck angeben.)

Name und Vorname:

Straße und Hausnummer:

PLZ und Ort:

IBAN (Internationale KTO-Nr.):

BIC (Internationale Bankidentifikation):

Kreditinstitut:

Zahlungsart:

wiederkehrende Lastschrift ab dem _____

SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Ich ermächtige/ Wir ermächtigen die Kreisstadt Steinfurt widerruflich, Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/ n ich/ wir mein/ unser Kreditinstitut an, die von der Kreisstadt Steinfurt auf mein/ unser Konto gezogenen 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 Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Datum _____

Unterschrift Kontoinhaber/in:
