

Zahlungsempfänger:

Markt Metten
Krankenhausstr. 22
94526 Metten



Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE49ZZZ00000206861	
/wird separat mitgeteilt	
FAD	/ Mandatsreferenz

SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

Ich ermächtige/Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von dem Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweise:

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.

Meine/Unsere Recht zu dem oben Mandat sind in einem Merkblatt enthalten, das ich/wir von meinem/unserem Kreditinstitut erhalten kann/können.

Name und Vorname des Kontoinhabers:	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Kreditinstitut (Name, Ort)	
IBAN:	
BIC:	

Ort, Datum	Unterschrift Antragsteller/in
------------	-------------------------------

Gilt nur für: Grundsteuer Gewerbesteuer Hundesteuer Wasser/ Kanal

Bitte zurücksenden an:

Markt Metten
Marktkasse
Krankenhausstr. 22
94526 Metten