



SEPA – Basislastschriftmandat

Stadtverwaltung Radolfzell
Stadtkasse
Poststraße 5

78315 Radolfzell

Gläubiger – Identifikationsnummer: DE73RZ100000057340

Buchungszeichen: 5. _ _ _ _ . _ _ _ _ _ . _ _

Bezeichnung: _____

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) die Stadt Radolfzell,

- einmalig eine Zahlung
- wiederkehrende Zahlungen

von meinem (unserem) Konto mittels SEPA – Basislastschrift einzuziehen.
Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von der Stadt Radolfzell auf mein (unser) Konto gezogene (n) Lastschrift(en) einzulösen.
Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungspflichtiger: _____

Name, Vorname / Firma: _____
(wenn Kontoinhaber abweichend vom Zahlungspflichtigen)

Geburtsdatum / Registernummer: _____

Straße und Hausnummer: _____

PLZ und Ort: _____

Kreditinstitut (Name): _____

BIC: _____

IBAN: **DE** _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _

Ort, Datum _____

Unterschrift/en: _____