



Abs. Stadtkasse Bremerhaven, Postfach 21 03 60, 27524 Bremerhaven

Hinweise SEPA-Lastschriftmandat

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,

die Zahl derjenigen Personen, die am Lastschrifteinzugsverfahren teilnehmen, hat in den letzten Jahren stetig zugenommen. Das heißt, diese Zahlungspflichtigen haben uns ermächtigt, den jeweils fälligen Betrag von ihrem Konto abbuchen zu lassen. Die Stadtkasse hat damit die Verpflichtung übernommen, die Zahlungstermine zu überwachen und jede Betragsveränderung zu beachten.

Mit dem Kontoauszug erhalten Sie von Ihrem Geldinstitut den Nachweis über Ihre Zahlung. Sie versäumen keine Termine und haben keinen Ärger durch Mahnungen und damit erhöhte Kosten. Wenn Sie berücksichtigen, dass Sie jederzeit die uns erteilte Einzugsermächtigung widerrufen und jeden abgebuchten Betrag innerhalb von 8 Wochen beginnend mit dem Belastungsdatum über Ihr Geldinstitut zurückerufen können (diese Möglichkeit besteht nicht beim Dauerauftrag), wird Ihnen die Lastschrift nur Vorteile bringen.

Allen Beteiligten, also Ihnen, dem Geldinstitut und der Stadtkasse erspart das Lastschrifteinzugsverfahren Arbeit und Kosten. Auch Sie sollten sich deshalb entschließen, an diesem Verfahren teilzunehmen.

Bitte senden Sie das vollständig ausgefüllte und unterschriebene Formular zur oben aufgeführten Adresse zurück. ~~Das Kassenzeichen ist unbedingt anzugeben!~~

Bitte beachten Sie, dass das von Ihnen erteilte SEPA-Lastschriftmandat im Falle einer Rücklastschrift wieder gelöscht wird.

**SEPA-Lastschriftmandat zugunsten der Stadtkasse Bremerhaven
(Gläubiger-Identifikationsnummer: DE25STK00000056361)**

Name: _____ Vorname: _____

Straße u. Hausnummer: _____

Postleitzahl u. Ort: _____ | _____

Kassenzeichen = Mandatsreferenz: _____

Hiermit ermächtige/n ich/wir die Stadtkasse Bremerhaven widerruflich, die von mir/uns zu entrichtende Leistung bei Fälligkeit und bei wiederkehrenden Leistungen jeweils bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres Kontos

Kontoführendes Institut: _____

IBAN: DE ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ BIC: _____

mit sofortiger Wirkung durch Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der Stadtkasse Bremerhaven auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Ich/Wir kann/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.

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers