

Name: _____
Straße _____
PLZ/Ort _____
Telefon _____
E-Mail _____

Kassenzeichen/Aktenzeichen: _____

Amt Marne-Nordsee
Der Amtsvorsteher
Finanzbuchhaltung
Alter Kirchhof 4 – 5
25709 Marne

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschriften SEPA-Lastschriftmandat

Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, alle Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos bei der

Name der Bank/Sparkasse

IBAN (22 Stellen)										
D	E									

BIC (11 Stellen)										

(Ihre IBAN- und BIC-Nummern finden sie auf Ihren aktuellen Kontoauszügen.)

abweichender Kontoinhaber: Name:
Straße:
PLZ/Ort:

durch Lastschrift einzuziehen.

Folgende Forderungen sollen nicht abgebucht werden:

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Amt Marne-Nordsee auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtungen zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

Mir ist bekannt, dass ich innerhalb von 8 Wochen – beginnend mit dem Belastungsdatum – die Erstattung des belasteten Betrages verlangen kann. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

(Datum)

(Unterschrift des Kontoinhabers)

Gläubiger-Identifikationsnummer des Amtes Marne-Nordsee: DE70ZZZ00000021019