S E P A - L a s t s c h r i f t m a n d a t

Steuerpflichtige(r)

Vorname und Name / Firma: _____

Straße und Hausnummer: _____

Postleitzahl und Ort: _____

Zahlungsempfänger

Stadt Sindelfingen
Rathausplatz 1
71063 Sindelfingen
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE18ZZZ00000210620

Mandatsreferenz:
(Buchungszeichen)

Grundsteuer	5 . 0 1 0 0 .
Gewerbesteuer	5 . 0 1 0 1 .
Hundesteuer	5 . 0 1 0 2 .
Vergnügungssteuer	5 . 0 2 2 6 .

Ich/Wir ermächtige/n die Stadt Sindelfingen, Zahlungen von meinen/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Stadt Sindelfingen 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/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Die Lastschriften werden zu den Fälligkeitszeitpunkten bewirkt, die in Ihren Bescheiden, Rechnungen und Verträgen ausdrücklich genannt sind. Dort finden Sie auch die genauen Einzugsbeträge.

Bankkonto

Kreditinstitut: _____

BIC: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

IBAN: ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐

Kontoinhaber (falls abweichend vom Steuerpflichtigen)

Vorname und Name / Firma: _____

Straße und Hausnummer: _____

Postleitzahl und Ort: _____

.....

Ort, Datum **Unterschrift**

Wichtig!!! Die Erteilung oder Änderung eines SEPA-Lastschriftmandats ist nur gültig, wenn sie der Stadt **im Original** vorliegt. Telefonisch, per Fax oder Email mitgeteilte Änderungen können **nicht** berücksichtigt werden.