

Name	Vorname
PLZ Wohnort	Straße mit Hausnummer

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Ich ermächtige / Wir ermächtigen die Samtgemeindekasse Dörpen, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Samtgemeindekasse Dörpen auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann / Wir können innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kassenzeichen	Geldinstitut
BIC/SWIFT	IBAN
_____	_____
Datum	Unterschrift

Nur ausfüllen, wenn der Kontoinhaber nicht der Zahlungspflichtige ist !

Name	Vorname
PLZ Wohnort	Straße mit Hausnummer
_____	_____
Datum	Unterschrift

Die zu vergebene Mandatsreferenznummer wird Ihnen schriftlich mitgeteilt !

Im Original zurück an:

Samtgemeindekasse Dörpen
Hauptstrasse 25
26892 Dörpen

Bankkonto-PK eingeben EDV.erl.	_____
Lastschriftmandat anlegen EDV.erl.	_____
Mitteilung an Zahlungspflichtigen	_____