

# SEPA-Lastschriftmandat

An das Finanzzentrum Ostvest für die Stadt Waltrop Kolpingstraße 1 45711 Datteln
--

Gläubiger/in	Stadt Waltrop Münsterstr. 1 45731 Waltrop
Gläubiger- Identifikations-Nr.	DE88ZZZ00000030686

## 1. Zahlungspflichtige/r

Familiename		Vorname	
Straße	Hausnummer	PLZ	Ort
Telefon (Angabe freiwillig)	Fax (Angabe freiwillig)	E-Mail (Angabe freiwillig)	

## 2. Bankverbindung

Kontoinhaber/in: Familiename		Vorname	
Straße	Hausnummer	PLZ	Ort
IBAN DE		BIC	
Name des Kreditinstituts			

## 3. Kassenzeichen (für welches das Lastschriftmandat erteilt werden soll)

--

## 4. SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die oben genannte Behörde, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der oben genannten Behörde auf mein Konto gezogenen Lastschriften 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.

Mit freundlichen Grüßen

Ort, Datum	Unterschrift des Kontoinhabers
------------	--------------------------------