

An:
Stadt Castrop-Rauxel
Bereich Stadtkasse
Europaplatz 1
44575 Castrop-Rauxel

SEPA-Basis-LASTSCHRIFTMANDAT

Ich ermächtige die Stadt Castrop-Rauxel, wiederkehrende Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Stadt Castrop-Rauxel 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. Die Mandatsreferenznummer wird Ihnen vor der ersten SEPA-Lastschrift mitgeteilt.

Gläubiger und Forderungsinformationen:

Gläubiger: Stadt Castrop-Rauxel	Gläubiger-Identifikationsnummer: DE26ZZZ00000121430
Kassenkontonummer (lt. Bescheid):	Forderungsart:

Kontoinhaber:

Name, Vorname:	Optional: Telefon / E-Mail
Straße & Hausnummer der Kontoinhaberin/des Kontoinhabers	Postleitzahl & Ort der Kontoinhaberin/des Kontoinhabers:

Abweichender Zahlungspflichtiger:

<input type="checkbox"/> Kontoinhaber ist nicht Zahlungspflichtiger	Name Zahlungspflichtiger (falls abweichend):
---	--

Bankverbindung:

IBAN Kontoinhaber/in (zu finden auf Kontoauszug oder Kontokarte):															
D	E														

BIC Kontoinhaber/in (zu finden auf Kontoauszug oder Kontokarte):										

Ort, Datum, Unterschrift (Unterschrift der/des Kontoinhaberin/-inhabers)

Wichtig: Bitte senden Sie dieses Formular unterschrieben und nur im Original zurück! Aus rechtlichen Gründen kann das Formular bei Einreichung per Fax oder E-Mail nicht berücksichtigt werden.