



BITTE MIT ORIGINALUNTERSCHRIFT AN:

**Gemeinde Hallerndorf
Von-Seckendorf-Str. 10
91352 Hallerndorf**

Unsere Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE19ZZZ00000078294**
Ihre Mandatsreferenznummer: **WIRD IHNEN SEPARAT MITGETEILT**

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

SEPA – Lastschriftmandat

Ich ermächtige/Wir ermächtigen die Gemeinde Hallerndorf, Zahlungen von meinem/unseren Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich/weisen wir das Kreditinstitut an, die von der Gemeinde Hallerndorf 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 Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kreditinstitut

Bankleitzahl

Kontonummer

BIC

DE ____|____|____|____|____|____
IBAN

(Informationen zu BIC und IBAN finden Sie auf Ihrem Kontoauszug)

Ort, Datum und Unterschrift