Lastschrifteinzugsmandat

An die
Stadt Steinbach
c/o Gemeinschaftskasse Taunus
Katharinenstraße 7
61476 Kronberg im Taunus

Kontakt	**Stadtkasse Steinbach** **06173 / 703 – 1592** **06173 / 703 - 1904** **Steinbach@gemeinschaftskasse-taunus.de**

Hiermit ermächtige ich die Stadtkasse Steinbach jederzeit widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines angegebenen Girokontos mit Lastschrift abzubuchen. Falls mein Konto nicht genügend Deckung aufweisen sollte, besteht für das Kreditinstitut keine Einlösungsverpflichtung. In diesem Fall erlischt dieses Lastschrifteinzugsmandat. Die in diesen Rahmen anfallenden Bankkosten sind vom Zahlungspflichtigen zu tragen, wenn dieser deren Entstehung zu vertreten hat.

Mir ist bekannt, dass ich innerhalb von 8 Wochen – beginnend mit dem Belastungsdatum – die Erstattung des belasteten Betrages verlangen kann. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Ich bin damit einverstanden, dass zur Erleichterung des Zahlungsverkehrs, die grundsätzlich 14-tägige Frist für die Information vor Einzug einer fälligen Zahlung auf einen Tag vor Belastung verkürzt wird.

I. Zahlungspflichtiger

Name, Vorname	Telefon-Nummer
Wohnanschrift (Straße, Haus-Nr.,	PLZ, Ort

II. Bankverbindung

Name und Sitz des Kreditinstitutes	
IBAN (Internationale Kontonummer)	BIC (Internationale Bankidentifikation)
Name und Vorname des Kontoinhabers	
Abweichender Kontoinhaber (nur ausfüllen, wenn Kontoinhaber und Zahlungspflichtiger nicht identisch sind*)	
☐ wiederkehrende Lastschrift	Datum Beginn:

III. Mandatsreferenz

Umfang der Bankeinzugsermächtigung	**Kassenzeichen (bitte stets angeben)**
☐ Grundbesitzabgaben ☐ Gewerbesteuer ☐ Hundesteuer	
☐ Spielapparatesteuer	
☐ Kindergartenbeiträge	
☐ Fehlbelegungsabgabe	
☐ Miete / Pacht	
☐ Erbbauzinsen	
☐ Sonstiges	

Unterschrift des Zahlungspflichtigen	Unterschrift des Kontoinhabers, wenn nicht mit Zahlungspflichtigen identisch*
Ort	Datum

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE58ZZZ00000143552