

### 1. Zahlungspflichtiger / Steuerpflichtiger

Name	Vorname	Telefon
Straße, Haus-Nr.		PLZ, Ort

### 2. Kontoinhaber (falls nicht identisch)

Name	Vorname	Telefon
Straße, Haus-Nr.		PLZ, Ort

### 3. Bankdaten

IBAN (22-stellig)	BIC (8- oder 11-stellig)
__ _   __ _   __ _   __ _   __ _   __ _   __ _	__ _ _ _ _

### 4. SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Stadt Osterholz-Scharmbeck, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Stadt Osterholz-Scharmbeck auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

**Hinweis:**

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.

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Lastschrift wird mich die Stadt Osterholz-Scharmbeck über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten.

### 5. Gültigkeit

Das SEPA-Lastschriftmandat soll ab dem \_\_\_\_\_ für folgende Forderungsart gelten:

**Personenkonto:**

\_\_\_\_\_  
(Bitte auswählen oder selbstständig eintragen)

\_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

**Bitte nur im Original zurückgeben  
(kein Fax, keine E-Mail)**

**Mandatsreferenz:** \_\_\_\_\_  
(wird von der Stadt vergeben)

Stadt Osterholz-Scharmbeck  
- Stadtkasse -  
Rathausstr. 1  
27711 Osterholz-Scharmbeck

_____ Datum	_____ Unterschrift (Kontoinhaber)
-------------	-----------------------------------