

SEPA-Basis-Lastschriftmandat (SEPA Direct Debit Mandate)
für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/SEPA Core Direct Debit Scheme

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Magistrat der Stadt Herborn
-Stadtkasse-
Hauptstraße 39
35745 Herborn

**Wiederkehrende Zahlungen/
Recurrent Payments**

Bitte im Original zurücksenden

[Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)] DE5619200000026024	[Mandatsreferenz] Wird Ihnen gesondert mitgeteilt
[Debitorenr.2]	[Verwendungszweck]

SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n)

[Name des Zahlungsempfängers]
Stadtkasse Herborn, Hauptstraße 39, 35745 Herborn

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

[Name des Zahlungsempfängers]
Stadtkasse Herborn, Hauptstraße 39, 35745 Herborn

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

[Kontoinhaber /Zahlungspflichtiger (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)]

[Kreditinstitut]

[BIC1]

[IBAN]

1 Hinweis: Ab 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.

2 siehe Bescheid bzw. Rechnung

Es gilt eine verkürzte Benachrichtigungsfrist von mindestens einem Tag vor Lastschriftbelastung als vereinbart.

[Ort, Datum]

Unterschrift (Zahlungspflichtiger)

Ausfertigung für den Zahlungsempfänger

SEPA-Basis-Lastschriftmandat (SEPA Direct Debit Mandate)
für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/SEPA Core Direct Debit Scheme

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Magistrat der Stadt Herborn
-Stadtkasse-
Hauptstraße 39
35745 Herborn

**Wiederkehrende Zahlungen/
Recurrent Payments**

[Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)] DE5619200000026024	[Mandatsreferenz] Wird Ihnen gesondert mitgeteilt
[Debitorenrnr.2]	[Verwendungszweck]

SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n)

[Name des Zahlungsempfängers]
Stadtkasse Herborn, Hauptstraße 39, 35745 Herborn

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

[Name des Zahlungsempfängers]
Stadtkasse Herborn, Hauptstraße 39, 35745 Herborn

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

[Kontoinhaber /Zahlungspflichtiger (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)]

[Kreditinstitut]

[BIC1]	[IBAN]
--------	--------

1 Hinweis: Ab 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.

2 siehe Bescheid bzw. Rechnung

Es gilt eine verkürzte Benachrichtigungsfrist von mindestens einem Tag vor Lastschriftbelastung als vereinbart.

[Ort, Datum]	Unterschrift (Zahlungspflichtiger)
--------------	------------------------------------

Ausfertigung für den Zahlungspflichtigen