

Gemeinde Karlsfeld

Gartenstraße 7, 85757 Karlsfeld



Gläubiger Identifikationsnummer: DE40GKA00000024372

SEPA-Lastschrift-Mandat SEPA Direct Debit Mandate

Finanzadresse (FAD) _____

Mandatsreferenz

WIRD GESONDERT MITGETEILT

Nachname, Vorname (Kontoinhaber) / Debtor name

Straße und Hausnummer / Street name and number

Postleitzahl und Ort / Postal code and city Land / Country:

Ich ermächtige/Wir ermächtigen (A) die **Gemeinde Karlsfeld**, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der **Gemeinde Karlsfeld** auf mein/unser Konto eingezogenen 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/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor **Gemeinde Karlsfeld**, to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor **Gemeinde Karlsfeld**.

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Zahlungsart / Type of payment:

wiederkehrende Zahlung / recurrent payment einmalige Zahlung / one-off payment

IBAN

D	E																		
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BIC (8 oder 11 Stellen / 8 or 11 characters)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Soll dieses Lastschriftmandat nur für bestimmte Abgaben/Gebühren gelten, geben Sie diese bitte an / Should this direct debit mandate apply only to certain taxes/fees, please specify them:

Ort, Datum/Location, Date

Unterschrift/Signature(s) of the debtor