

Stadt Friesoythe, Alte Mühlenstraße 12 in 26169 Friesoythe
Gläubiger-Identifikationsnummer DE 04ZZZ00000040540
Tel.: 04491/9293-0

Mandatsreferenz: _____
(Von der Stadt Friesoythe auszufüllen)

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige/wir ermächtigen den Zahlungsempfänger Stadt Friesoythe Zahlungen von meinem/unserem Konto bei Fälligkeit mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Stadt Friesoythe auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsart:

☐Wiederkehrende Zahlung ☐Einmalige Zahlung

Kassenzeichen:**Zahlungsgrund:**

Vorname und Nachname (Zahlungspflichtiger)

Kontoinhaber (wenn nicht Zahlungspflichtiger)

--

--

Straße und Hausnummer

Straße und Hausnummer

--

--

Postleitzahl und Ort

Postleitzahl und Ort

--

--

IBAN (Bankverbindung)

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

(Bankleitzahl)(Kontonummer)

BIC (8 oder 11 Stellen)

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

Ort, Datum

Unterschrift Kontoinhaber

--

--

Zurück an die

Stadt Friesoythe
Stadtkasse
Alte Mühlenstraße 12
26169 Friesoythe