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