Name, Vorname (Zahlungspflichtiger)

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Kassenzeichen

Bitte ausfüllen und im Original per Post zurückzusenden.

(nicht per FAX oder E-Mail)

Amt Barnim-Oderbruch
Der Amtsdirektor
Amtskasse
Freienwalder Str. 48
16269 Wriezen

Gläubiger-Identifikationsnummer

DE68ZZZ00000091768

Mandatsreferenznummer

Wird von der Amtskasse mitgeteilt!

SEPA-Lastschriftmandat

für wiederkehrende Zahlungen

Ich/Wir ermächtige(n) das Amt Barnim-Oderbruch, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom Amt Barnim-Oderbruch auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Das SEPA-Lastschriftmandat soll ab dem _____ für folgende Abgaben gelten.

☐ Grundsteuer A
☐ Grundsteuer B
☐ Hundesteuer
☐ Gewerbesteuer
☐ Pacht
☐ Zweitwohnungssteuer
☐ Kita-Benutzungsgebühren/Hortgebühren
☐ Bewirtschaftungsgebühren für Friedhof
☐ Winterdienst
☐ Mieten
☐ Umlage Gewässerunterhaltungsverbände
☐ Ausbau- und Erschließungsbeiträge (KAG)
☐ **alle** Steuern, Abgaben, Gebühren, Beiträge und Umlagen

Name des/r Kontoinhaber/in:	
Anschrift Kontoinhaber/in:	
Kreditinstitut:	
IBAN: (max. 22 Stellen)	
BIC:	

Ich/Wir werde(n) dafür sorgen, dass das jeweils erforderliche Guthaben vorhanden ist. Bei fehlender Deckung Ihres o.g. Kontos sind die entstehenden Rückbuchungsgebühren durch Sie zu tragen. Im Falle einer Rücklastschrift erfolgt kein weiterer Einzug zum Mandat.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift des Kontoinhabers