

**Zahlungspflichtige/r**

Name, Vorname	
Straße, Haus-Nr.	PLZ, Ort

**Anschrift des Zahlungsempfängers**

STADT HALLENBERG  
 Finanzverwaltung - Stadtkasse  
 Rathausplatz 1  
 59969 Hallenberg



Gläubiger-  
 Identifikationsnummer  
 Stadt Hallenberg  
 DE89ZZZ00000119908

**Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats****SEPA-Lastschriftmandat**

Hiermit ermächtige(n) ich/wir die Stadt Hallenberg, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir unser Kreditinstitut an, die von der Stadt Hallenberg auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

**Art der Forderung:****Mandatsreferenz:** (von der Verwaltung auszufüllen)
 GRUNDBESITZABGABEN

Kassenzeichen

 GEWERBESTEUER

Kassenzeichen

 ELTERNBEITRÄGE KIGA

Kassenzeichen

 FAHRTKOSTEN KIGA

Kassenzeichen

 GRUNDSCHULBETREUUNG

Kassenzeichen

 SONSTIGE \_\_\_\_\_

Kassenzeichen

**Kontoinhaber/in (vollständige Anschrift, nur wenn nicht gleichzeitig Zahlungspflichtige/r)**

Name, Vorname	
Straße, Haus-Nr.	PLZ, Ort

**Bankverbindung**

Name des Bankinstitutes	
IBAN	BIC
DE	

Das SEPA-Lastschriftmandat gilt nur für Forderungen, die das in dieser Ermächtigung angegebene Kassenzeichen (Mandatsreferenz betreffen. Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Instituts keine Verpflichtung.

**Mir/uns ist bekannt, dass bei Rückbelastung mangels Deckung oder aus anderen Gründen das Lastschriftmandat automatisch gelöscht wird und es für den weiteren Einzug vom Konto eines erneuten SEPA-Lastschriftmandats bedarf.**

Ort, Datum	Unterschrift(en) Kontoinhaber/in