

**SEPA-Lastschriftmandat**

**Name, Vorname:** .....

**Straße:** .....

**PLZ / Ort:** .....

Hiermit ermächtige ich die Stadtkasse Schmölln, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Stadtkasse Schmölln auf meinem Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

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

**Bankname:** .....

**IBAN:** .....

**BIC:** .....

**Kontoinhaber:** .....

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Lastschrift wird die Stadtkasse Ihnen Ihre Mandatsreferenz mitteilen.

- Pacht                                      Kassenzeichen: .....
- Grundsteuer                                      Kassenzeichen: .....
- .....                                      Kassenzeichen: .....
- .....                                      Kassenzeichen: .....

Das Lastschriftmandat gilt für Fälligkeiten ab ..... bis auf Widerruf.

Wenn das Konto des Auftraggebers die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Geldinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Eventuell entstehende Rückbuchungsgebühren gehen zu Lasten des Zahlungspflichtigen.

Ich bin damit einverstanden, dass das angegebene Girokonto auch für Erstattungen verwendet wird.

**X**  
.....  
Ort / Datum

**X**  
.....  
Unterschrift des Kontoinhabers

Bitte ausgefüllt zurücksenden an:

Stadtverwaltung Schmölln  
Stadtkasse  
Markt 1  
04626 Schmölln/Thüringen