SEPA-Lastschriftmandat

Zahlungspflichtige/r:

Name:	Vorname:	
Straße:	Ort:	PLZ:
Kindertagesstätte:		

Übersenden Sie uns die Originalausfertigung unterschrieben zurück. Eine Zusendung per Fax oder Email ist nicht mehr möglich.

An die
Verbandsgemeindekasse Schweich
Brückenstraße 26
54338 Schweich

Reste abbuchen:
☐ **ja** ☐ **nein**

gültig ab:_____

☐ Essensgelder Kindertagesstätte ☐ Beiträge Kindertagesstätte

für Kind::_____

werden ab dem _____ zu Lasten des unten angegebenen Kontos bis auf Widerruf im Lastschriftverfahren eingezogen.

Zahlungs-empfänger:	**Verbandsgemeindekasse Schweich; Brückenstraße 26; 54338 Schweich** **Gläubiger-ID-Nr: DE63ZZZ00000084389** **Mandats-Referenz-Nr: Wird separat mitgeteilt.**

Kontoinhaber:	☐ **Name, Anschrift wie oben**	
	Name:	**Vorname:**
	Anschrift:	
	IBAN ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ **BIC** ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	
	Name der Bank:	

Mandat für Einzug von SEPA-Lastschrift:	Ich/Wir ermächtige/n die Verbandsgemeindekasse Schweich Zahlungen vom o.g. Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der Verbandsgemeindekasse auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. ☐ **Mandat gilt für einmalige Zahlungen (Pflichtfeld)** ☐ **Mandat gilt für wiederkehrende Zahlungen (Pflichtfeld)**

Hinweis: Ich kann/wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Die Mandatsreferenznummer wird im Steuerbescheid, in einem sonstigen Schreiben und/oder im Kontoauszug des Kreditinstituts mitgeteilt. Zur Erleichterung des Zahlungsverkehrs beträgt die Frist für die Information vor Einzug einer fälligen Zahlung mindestens einen Tag vor Belastung.

_____ _____

Ort, Datum **Unterschrift des/der Kontoinhaber/ Bescheidempfänger (falls abweichend)**