

## SEPA-Lastschriftmandat

### Im Original an

Stadt Bad Salzuflen  
Rudolph-Brandes-Allee 19  
32105 Bad Salzuflen

### Fragen zu SEPA-Lastschriftmandaten?

Fon 05222 . 952 - 399  
Mail zahlungsabwicklung@bad-salzuflen.de

---

Gläubigerin

Stadt Bad Salzuflen

---

Gläubigerin-Identifikationsnummer

DE07BAD00000343029

---

Forderungsart (z.B. Hundesteuer, Musikschulgebühren etc.)

---

Mandatsreferenz | Kassenzeichen

---

### 1. Abgabepflichtige\*r (laut Bescheid)

---

Firma | Name | Vorname

---

Straße

Telefon (freiwillig)

---

PLZ | Ort

E-Mail (freiwillig)

---

### 2. Kontoinhaber\*in (falls abweichend)

---

Firma | Name | Vorname

---

Straße

Telefon (freiwillig)

---

PLZ | Ort

E-Mail (freiwillig)

---

### 3. Bankverbindung

---

Kreditinstitut

---

IBAN

BIC

---

### 4. SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige (wir ermächtigen) die Stadt Bad Salzuflen, Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von der Stadt Bad Salzuflen auf mein (unser) Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Mir (uns) ist bekannt, dass ich (wir) innerhalb von 8 Wochen – beginnend mit dem Belastungsdatum – die Erstattung des belasteten Betrages verlangen kann (können). Es gelten dabei die mit meinem (unserem) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Wenn mein (unser) Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung. In diesem Falle gehen alle anfallenden Rücklastgebühren zu meinen (unseren) Lasten.

---

Ort | Datum

Unterschrift Kontoinhaber\*in / Unterschriften Kontoinhaber\*innen