

**Stadt Heringen (Werra)**  
**Obere Goethestraße 17**  
**36266 Heringen (Werra)**  
Gläubiger-ID: DE72ZZZ0000091114



**Personenkonto-Nr.:**

Tel.: 06624 933-240 Herr Ruch  
E-Mail: [Daniel.Ruch@heringen.de](mailto:Daniel.Ruch@heringen.de)  
Tel.: 06624 933-243 Frau Deist  
E-Mail: [Marie-Christin.Deist@heringen.de](mailto:Marie-Christin.Deist@heringen.de)

## **Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats**

**Zahlungspflichtiger:**

Name, Vorname:
Straße, Haus-Nr.:
PLZ, Wohnort:
Telefon:
E-Mail:

**Zahlungsleistender:** (nur ausfüllen, wenn Zahlungsleistender nicht Zahlungspflichtiger ist)

Name, Vorname:
Straße, Haus-Nr.:
PLZ, Wohnort:
Telefon:
E-Mail:

**Ich/Wir ermächtige(n) den Zahlungsempfänger, wiederkehrende Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von dem Zahlungsempfänger auf mein/unser Konto gezogene Lastschrift einzulösen.**

Name Kontoinhaber:
IBAN:

Kreditinstitut:
BIC:

**Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Ich/Wir verpflichte(n) mich/uns, eventuell auftretende Rücklastschriftkosten zu begleichen.**

Ort, Datum

Unterschrift Zahlungspflichtiger / Zahlungsleistender