

Stadtkasse Heringen (Werra)  
Obere Goethestraße 17  
36266 Heringen (Werra)  
Gläubiger-ID: DE72ZZZ00000091114



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