

# Lastschriftmandat

Anlage 4 zum Betreuungsvertrag EMS

Stadt Blaustein  
Stadtkasse  
Marktplatz 2  
89134 Blaustein

Gläubiger/in	Stadt Blaustein Marktplatz 2 89134 Blaustein
Gläubiger-Identifikations-Nr.	DE70ZZZ00000230345

## 1. Zahlungspflichtige/r

Familienname		Vorname		
Straße	Hausnummer	PLZ	Ort	
Telefon (Angabe freiwillig)		Fax (Angabe freiwillig)		E-Mail (Angabe freiwillig)

## 2. Bankverbindung

Kontoinhaber/in: Familienname		Vorname		
IBAN DE		BIC		
Name des Kreditinstituts				

## 3. Kassenzeichen/Mandatsreferenz (für die das Lastschriftmandat erteilt werden soll)

1	Betreuungsentgelt Villa EMS
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	

## 4. SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die oben genannte Behörde, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der oben genannten Behörde auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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.

Mit freundlichen Grüßen

Ort, Datum Blaustein,	Unterschrift
--------------------------	--------------



Vervielfältigung, Nachahmung und Veröffentlichung und elektronische Speicherung nur mit Genehmigung!