

**Stadt Soest
Abteilung Finanzen
Windmühlenweg 21
59494 Soest**

SEPA – Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer der Stadt Soest: DE12ZZZ00000083464

Ich ermächtige die Stadt Soest, Zahlungen für nachstehende Forderung ab _____ mittels Lastschrift von meinem Konto am Fälligkeitstermin einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Stadt Soest auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Bezeichnung der Forderung: _____

Kassenzeichen (Mandatsreferenz): _____

Abgabepflichtige/r (Name, Vorname)

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Abbuchung soll erfolgen von Girokonto:

IBAN:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| D | E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

BIC:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Name des Kreditinstituts

*Kontoinhaber/in (Name, Vorname)

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

*Wenn Abgabepflichtige/r und Kontoinhaber/in nicht identisch sind, ist eine Vollmacht des/der Abgabepflichtigen erforderlich, da diese/r dann keinen Veranlagungsbescheid erhält. Der Veranlagungsbescheid wird dann dem/der zahlungsbevollmächtigten Kontoinhaber/in übersandt.

Hinweis: 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.

Ich bin ferner damit einverstanden, dass das angegebene Girokonto auch für Erstattungszahlungen verwendet wird.

Ort, Datum

Unterschrift Kontoinhaber/in

Wichtig: Lastschriftmandat nur gültig mit Datum und Unterschrift!