

SEPA - Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE51ZZZ00000068503

Finanzadresse: _____ (falls vorhanden, bitte angeben!)

Gültig ab: sofort _____ (Datum)

Ich ermächtige den Landkreis Neustadt a.d.Waldnaab,

alle nachstehend bezeichneten

Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Abfallbeseitigungsgebühren

Miete / Pacht

Amtstierärztl. Bescheinigung

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Landkreis Neustadt a.d.Waldnaab auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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.

Kreditinstitut

IBAN

BIC

Kontoinhaber

Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der Angaben:

Ort, Datum

Unterschrift(en) Kontoinhaber



Zurück an:

Landratsamt Neustadt a.d.Waldnaab

Kreiskasse

Stadtplatz 36

92660 Neustadt a.d.Waldnaab