

<b>Name, Vorname</b>	
<b>Straße, PLZ, Ort:</b>	
<b>Telefon:</b>	

Samtgemeinde Werlte  
 Fachbereich Finanzen  
 Marktstraße 1  
 49757 Werlte

**Gläubiger ID: DE16ZZZ00000162350**

Mandatsreferenz \_\_\_\_\_  
(bitte freilassen – wird von der Samtgemeindekasse Werlte vergeben)

## SEPA-Lastschriftmandat (Einzugsermächtigung)

Hiermit ermächtige ich die Samtgemeindekasse Werlte ab dem: \_\_\_\_\_

**einmalig**                       **wiederkehrend**

Zahlungen von meinem Konto

<b>IBAN</b>	DE ____ ____ <small>Land Prüfziffer</small>	____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ <small>BLZ (8-stellig)</small>	____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ <small>Konto (10-stellig, Rechtsbündig eingeben)</small>
-------------	--	---	---

**BIC:** \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_

Kreditinstitut	Evt. abweichende/r Kontoinhaber/in
----------------	------------------------------------

für die von mir zu entrichtende(n) Forderung(en):

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Grundbesitzabgaben | <input type="checkbox"/> Gewerbesteuer     |
| <input type="checkbox"/> Hundesteuer        | <input type="checkbox"/> Friedhofsgebühren |
| <input type="checkbox"/> _____              | <input type="checkbox"/> _____             |

(zutreffendes bitte ankreuzen oder eintragen)

für das/die Kassenzeichen/Debitorennummer

**Bemerkungen:**

mittels Lastschrift bei Fälligkeit einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Samtgemeindekasse Werlte auf mein Konto gezogene/n Lastschrift/en einzulösen.

Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des Geldinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden nicht vorgenommen.

### Die von dem Geldinstitut festgelegten Stornogebühren übernehme/n ich/wir.

Wenn die Buchung mangels Deckung oder aus sonstigen Gründen nicht erfolgen konnte, werde/n ich/wir der Samtgemeindekasse Werlte ein neues SEPA-Lastschriftmandat erteilen, sofern ich/wir weiterhin am Lastschrifteinzugsverfahren teilnehmen möchte/n.

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

\_\_\_\_\_  
 (Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
 (Rechtsverbindliche Unterschrift)