

**Bitte im Original zurück!  
Nicht faxen!**



An die  
Kreisstadt Steinfurt  
**Sachgebiet Stadtkasse**  
Emsdettener Str. 40  
48565 Steinfurt

## SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikations-Nr. DE54STE00000144885

**Mandatsreferenz:**

\_\_\_\_\_  
(Die Mandatsreferenz entspricht dem **Kassenzeichen** auf Ihrem Bescheid.  
Bitte nur **ein** Kassenzeichen pro Vordruck angeben.)

**Name und Vorname:**

\_\_\_\_\_

**Straße und Hausnummer:**

\_\_\_\_\_

**PLZ und Ort:**

\_\_\_\_\_

**IBAN** (Internationale KTO-Nr.):

\_\_\_\_\_

**BIC** (Internationale Bankidentifikation):

\_\_\_\_\_

**Kreditinstitut:**

\_\_\_\_\_

**Zahlungsart:**

- einmalige Lastschrift am \_\_\_\_\_ in Höhe von \_\_\_\_\_ €
- wiederkehrende Lastschrift ab dem \_\_\_\_\_ in Höhe von mtl. \_\_\_\_\_ €
- wiederkehrende Lastschrift ab dem \_\_\_\_\_

### SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Ich ermächtige/Wir ermächtigen die Kreisstadt Steinfurt widerruflich, Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der Kreisstadt Steinfurt auf mein/ unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

**Hinweis:** Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Durch dieses SEPA-Lastschriftmandat widerrufe ich/widerrufen wir ein bereits bestehendes SEPA-Lastschriftmandat zur o. a. Mandatsreferenz.

**Mir/Uns ist bekannt, dass ich/wir für eine ausreichende Kontodeckung zu sorgen habe/ haben. Von der Bank geltend gemachte Rückbelastungskosten sind von mir/uns zu tragen. Mir/Uns ist bekannt, dass meine Bankverbindung gelöscht wird, sobald die Forderung durch die Bank zurückbelastet wird. Eine automatische Abbuchung durch die Kreisstadt Steinfurt findet somit nicht mehr statt.**

**Datum:**

**Unterschrift Kontoinhaber/in:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_