

Zahlungsempfänger / Creditor's name:

Stadt Trostberg
Hauptstraße 24
83308 Trostberg

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor Identifier:

DE76ZZZ00000086677

/OKF1000000

FAD / Mandatsreferenz / Mandate reference
(wird separat mitgeteilt)

SEPA-Lastschriftmandat

wiederkehrende Zahlung

Ich ermächtige/wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis:

Ich kann/wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Meine/unsere Rechte zu dem obigen Mandat sind in einem Merkblatt enthalten, das ich/wir von meinem/unserem Kreditinstitut erhalten kann/können.

SEPA Direct Dedit Mandate

recurrent payment

By signing this mandate form, you authorise Stadt Trostberg to send instructions to your bank to debit your account and your bank to debit your account in accordance with the instructions from Stadt Trostberg.

Notes:

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Your rights regarding the above mandate are explained in a statement that you can obtain from your bank.

Name des Kontoinhabers / name of the debtor(s)	_____
	(Name und Vorname / name and first name)
Anschrift des Kontoinhabers / your adress	_____
	(Straße und Hausnummer / street name and street nr)

	(Postleitzahl und Ort / postal code and city) (Land / country)
Kreditinstitut / name of bank	_____
	(Name und Ort / name and city)
Konto / your account number	_____
	(BIC / business identifier code)

	(IBAN / international bank account number)
Unterschrift(en) / Signature(s)	_____
	(Ort / lokation) (Datum / date)

	Unterschrift(en) / signature(s)

Bitte geben Sie das Sepa-Mandat direkt in der AWO-Schulkinderbetreuung ab