

SEPA-Lastschriftmandat

Mandatsreferenz: _____
(vom Zahlungsempfänger auszufüllen)

Amt Föhr-Amrum
Finanzbuchhaltung
Postfach 15 80
25933 Wyk auf Föhr

Zahlungsempfänger:

Amt Föhr-Amrum, Hafenstraße 23, 25938 Wyk auf Föhr
Gläubiger-Identifikationsnummer DE71ZZZ00000020516

zur Abgabenummer _____

Name Abgabepflichtige/r _____

Ich ermächtige das Amt Föhr-Amrum, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Amt Föhr-Amrum 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.

Vor- und Zuname (Kontoinhaber):

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl und Ort:

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen):

BIC (8 oder 11 Stellen):

_____, den _____
(Ort) (Datum)

(Unterschrift Kontoinhaber)

Soweit das Mandat nicht für alle (auch künftige) Forderungen gilt, geben Sie die Einschränkungen bitte nachfolgend an:
Das Mandat soll nur gelten für: _____