

Absender:

Markt Bad Endorf	
Sachbearbeiter/in: Herr Stöhr	Zimmer-Nr.: 3
Telefon (Durchwahl) 08053 3008-24	Telefax: 08053 3008-30
E-Mail: marktkasse@bad-endorf.de	

Marktkasse
Bahnhofstr. 6
83093 Bad Endorf

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 87ZZZ00000313459

Mandatsreferenz/Buchungszeichen:

SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n) die **Marktkasse Bad Endorf**, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der **Marktkasse** 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 dem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Information:

Die Lastschriften werden zu den Fälligkeitszeitpunkten bewirkt, die in den Bescheiden, Rechnungen und Verträgen ausdrücklich genannt sind. Dort werden auch die genauen Einziehungsbeträge genannt.

Fällt der Termin auf ein Wochenende bzw. einen Feiertag wird am darauf folgenden Werktag abgebucht.

Kontoinhaber: _____

PK (01/0...): _____

Straße und Hausnummer: _____

Postleitzahl und Ort: _____

BIC; IBAN: _____

Tel. (freiwillige Angabe): _____

Datum, Ort: _____

Unterschrift: _____