

Absender:

---

---

---

---

An:

Stadt Wedel  
Die Bürgermeisterin  
- Finanzbuchhaltung -  
Rathausplatz 3-5  
22880 Wedel

**Bitte im Original übersenden!  
nicht per Fax oder E-Mail**

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE52ZZZ00000015232

**Nur von der Verwaltung auszufüllen:**

Eingegangen am: \_\_\_\_\_

EDV erfasst am: \_\_\_\_\_

EDV erfasst durch: \_\_\_\_\_

Mandatsreferenz: \_\_\_\_\_

### SEPA-Lastschriftmandat

Hiermit ermächtige/n ich/wir die Stadt Wedel, von meinem/unserem Konto die unten stehende Forderung mittels SEPA-Basislastschriftmandat einzuziehen. Zugleich weise ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der Stadt Wedel auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. **Hinweis:** Ich/Wir kann/können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten hierbei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Die Ermächtigung wird auch für zukünftige Forderungen genutzt. Sie gilt bis auf Widerruf und verliert automatisch nach 3 Jahren nach dem letzten Einzug an Gültigkeit. Die Mandatsreferenz wird mir/uns vor Einzug bekanntgegeben. **Beachten Sie bitte**, dass das SEPA-Mandat nur für zukünftige Fälligkeiten und unter Einhaltung der gesetzlichen Vorankündigungsfrist genutzt werden kann. Bestehende Rückstände können nicht abgerufen werden.

**Ich stimme einer Verkürzung der Vorankündigung auf 5 Tage vor Fälligkeit (Belastungsdatum) zu.** (wenn nicht, bitte streichen)

|                                             |                              |        |  |
|---------------------------------------------|------------------------------|--------|--|
| Zahlungsgrund                               |                              |        |  |
| Kassenzeichen                               |                              |        |  |
| Zahlweise                                   | wiederkehrend (Rahmenmandat) |        |  |
| Zahlungspflichtige/r                        |                              |        |  |
| Telefonnummer                               |                              | E-Mail |  |
| Vorname / Name des abweichenden Zahlers     |                              |        |  |
| Adresse des abweichenden Zahlers            |                              |        |  |
| IBAN Zahlungspflichtige/r (max. 22 Stellen) |                              |        |  |
| BIC (8 oder 11 Stellen)                     |                              |        |  |

Wenn das Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Geldinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung.

**Falls sich Ihre Bankverbindung (IBAN) ändert, müssen Sie ein neues Mandat erteilen. Formlose Mitteilungen können leider nicht akzeptiert werden.**

Ort, Datum

Unterschrift/en d. Kontoinhaber/s