

# SEPA-Lastschriftmandat/SEPA Direct Debit Mandat

Gemeindekasse, Bruchsaler Straße 1-3, 76698 Ubstadt-Weiher

Gemeindeverwaltung Ubstadt-Weiher  
Bruchsaler Straße 1-3  
76698 Ubstadt-Weiher

DE12ZZZ00000368353

Gläubiger-Identifikationsnummer / creditor identifier

Ich ermächtige/wir ermächtigen den oben genannten Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels SEPA Basislastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich/weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom oben genannten Zahlungsempfänger auf mein/unser Konto gezogenen SEPA Basislastschriften 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/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

By signing this mandate form, I/we authorise the above named creditor to send instructions to my/our bank to debit my/our account and my/our bank to debit my/our account in accordance with the instructions from the creditor.

**Note:** I can/we can demand a refund of the amount charged within eight weeks, starting with the date of the debit request. The terms and conditions agreed upon with my/our financial institution apply.

**Information:** Die Lastschriften werden zu den Fälligkeitszeitpunkten bewirkt, die in den Bescheiden, Rechnungen und Verträgen ausdrücklich genannt sind. Dort finden Sie auch die genauen Einzugsbeträge.

Zahlungspflichtiger	Name/ Name of the debtor
	Straße und Hausnummer / debtor Street and number
	Land / debtor Country
	Postleitzahl und Ort / debtor Postal code and City
	IBAN / debtor IBAN
	SWIFT BIC / debtor SWIFT BIC
	Mandatsreferenz- wird vom Zahlungsempfänger ausgefüllt Mandate reference - to be completed by the creditor
Zahlung für	Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für die Vereinbarung mit this mandate is valid for the agreement with
Zahlungsart	Wiederkehrende Zahlung /recurrent payment Einmalige Zahlung / one-off payment
Ort und Datum	_____
City and date of signature(s)	
Unterschrift(en)/Signatures	_____