

Absender:

Vorname, Name

Straße, Hausnummer

Postleitzahl/Ort

Debitoren-Nr.: _____
(siehe Abgaben-/Steuerbescheid)

Mandatsreferenz _____
(eintragen, sofern bereits bekannt)

An die
Stadt Bad Münstereifel
Postfach 1240
53896 Bad Münstereifel

oder per Fax (02253) 505 – 114

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE45ZZZ00000053576

SEPA-Lastschriftmandat

Hiermit ermächtige ich widerruflich die Stadtkasse Bad Münstereifel, Zahlungen zum Fälligkeitstermin von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen und zwar für folgende Steuer- und Abgabearten (bitte zutreffendes ankreuzen):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Erschließungsbeitrag | <input type="checkbox"/> OGS Beitrag |
| <input type="checkbox"/> Gewerbesteuer | <input type="checkbox"/> OGS Essensgeld |
| <input type="checkbox"/> Grundbesitzabgaben (Grundsteuer, Winterdienst, Müllabfuhr, Straßenreinigung) | <input checked="" type="checkbox"/> Schülerbeförderung |
| <input type="checkbox"/> Hundesteuer | <input type="checkbox"/> Straßenbaubeitrag |
| <input type="checkbox"/> Kindergartengebühren | <input type="checkbox"/> Vergnügungssteuer |
| <input type="checkbox"/> Kurbeitrag | <input type="checkbox"/> Wasser-/ Abwassergebühren |
| <input type="checkbox"/> Kurtaxe | <input type="checkbox"/> Winterdienst (Privatvertrag) |
| <input type="checkbox"/> Miete und Pacht (privatrechtlich) | <input type="checkbox"/> Zweitwohnungssteuer |
| | <input type="checkbox"/> Sonstige |

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Stadt Bad Münstereifel auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Name des Geldinstitutes: _____

IBAN: DE ____/____/____/____/____/____

BIC: _____

Kontoinhaber: _____

(falls abweichend vom Absender)

Ort, Datum

Rechtsverbindliche Unterschrift des Kontoinhabers

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.