

Lastschriftmandat
 Gläubiger-Identifikationsnummer:
 DE 93 100 000 000 20799

Der Oberbürgermeister
 Stadt Münster
 Stadtkasse
 48127 Münster

Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen

Ich/Wir ermächtige/n die Stadt Münster Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der Stadt Münster auf mein/ unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Mir/Uns ist bekannt, dass ich/wir innerhalb von 8 Wochen - beginnend mit dem Belastungsdatum - die Erstattung des belasteten Betrages verlangen kann/können. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Mandatsreferenzen (= Kassenzeichen): _____

Name*: _____ Geburtsdatum: _____

Vorname*: _____

Straße*, Nr.*: _____

PLZ* und Ort*: _____

Email: _____ Telefon: _____

Kreditinstitut*: _____

IBAN *): DE __ | ____ | ____ | ____ | ____ | __

Kontoinhaber/in: _____

Bitte die bisherige Bankverbindung zu diesem Kassenzeichen löschen.

Das Mandat gilt ab dem _____.

Ich stimme auch der Abbuchung rückständiger Forderungen zum o. g. Kassenzeichen zu.

||_|_|_|_|_|_|_|_|
 T T M M J J J J

Ort

Datum der Unterschrift

Unterschrift der Kontoinhaberin / des Kontoinhabers

Wird die Lastschrift auf dem Konto nicht eingelöst, so gehen die Kosten zu Lasten der Kontoinhaberin / des Kontoinhabers, soweit die Rückbelastung nicht durch die Stadt Münster zu vertreten ist. Die Stadt Münster ist im Rückbelastungsfall berechtigt, von der Lastschrift künftig keinen Gebrauch mehr zu machen.

*) Hinweis: Die mit Sternchen gekennzeichneten Felder sind Pflichtfelder. Bitte füllen Sie das Formular mit Kugelschreiber aus.