

Stadtverwaltung Schifferstadt, - Stadtkasse-

Gläubiger Identifikationsnummer DE40ZZZ00000031065

Erteilung eines SEPA Lastschriftmandats für wiederkehrende Zahlungen

Grundschule Nord

Schülerbetreuung

Grundschule Süd

Mittagsverpflegung

Kassenzeichen: _ _ . _ _ _ . _

Vorname des Kindes: _____
Bitte unbedingt angeben

Nachname: _____

Vorname: _____

Straße: _____

Ort: _____

Kreditinstitut: _____

BIC: _____

IBAN: _____

DE _____

Abweichende Kontoinhaberin / abweichender Kontoinhaber

Nachname: _____

Vorname: _____

Straße: _____

Ort: _____

Ort und Datum: _____

Unterschrift des Kontoinhabers: _____

SEPA Lastschriftmandat:

Ich ermächtige die Stadt Schifferstadt, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Stadt Schifferstadt auf mein Konto eingezogene Lastschrift einzulösen.

Zurück an:

Stadtkasse Schifferstadt
Postfach 12 64
67100 Schifferstadt