



## SEPA-Basislastschriftmandat

Krankenpflegeverein Neuffen  
Bürgermeisteramt  
Hauptstraße 19  
72639 Neuffen

Im Original zurückschicken!  
Gläubiger-Identifikations-Nummer der Stadt Neuffen:  
DE80ZZZ00000143253

### 1. ZAHLUNGSPFLICHTIGE/R

NACHNAME, VORNAME: \_\_\_\_\_

STRASSE, HAUSNUMMER: \_\_\_\_\_

POSTLEITZAHL, ORT: \_\_\_\_\_

TELEFON, EMAIL: \_\_\_\_\_  
(FÜR RÜCKFRAGEN, ANGABEN FREIWILLIG)

### 2. BANKVERBINDUNG

BIC: \_\_\_\_\_ BANK: \_\_\_\_\_

IBAN: DE \_\_ \_\_ | \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ | \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ | \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ | \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ | \_\_ \_\_

KONTOINHABER/-IN: \_\_\_\_\_  
(NUR AUSZUFÜLLEN, WENN ABWEICHEND VON DEM/DER ZAHLUNGSPFLICHTIGEN)

### 3. KASSENZEICHEN/MANDATSREFERENZ

Jahresbeitrag Krankenpflegeverein (Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt) \_\_\_\_\_

### 4. SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

Ich ermächtige die Stadtverwaltung Neuffen hiermit  einmalig eine Zahlung  
 wiederkehrende Zahlungen  
vom oben genannten Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Stadtverwaltung Neuffen auf mein Konto gezogene Lastschrift(en), einzulösen.  
Der Einzug soll ab  sofort / ab \_\_\_\_\_ (Datum) beginnen.

**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.

ORT, DATUM

UNTERSCHRIFT KONTOINHABER/-IN