

SEPA-Basislastschriftmandat

Zahlungsempfänger

Name	Salzlandkreis, Fachdienst 12b, SG 12.3
Straße und Hausnummer	Karlsplatz 37
Postleitzahl und Ort	06406 Bernburg (Saale)
Land des Zahlungsempfängers	Deutschland

Ich ermächtige/wir ermächtigen den oben genannten Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem Konto/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich/weisen wir mein/unser Kreditinstitut an, die von dem oben genannten Zahlungsempfänger auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften 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.

Gläubiger-Identifikationsnummer	DE04SLK00000020364
Mandatsreferenz	

- Mandat für einmalige Zahlung
 Mandat für wiederkehrende Zahlungen

Zahlungspflichtiger

Vorname und Name (Kontoinhaber)	
Straße und Hausnummer	
Postleitzahl und Ort	
Land des Zahlungspflichtigen	
Kreditinstitut Name	BIC

LKZ	PrüfZ	IBAN				

Ort _____

Datum _____

Unterschrift der/des Zeichnungsberechtigten _____