

SEPA-Lastschriftmandat

Bitte angeben!
PK-Nr.: 03 /

Gemeinde Görisried
Kirchplatz 8
87657 Görisried

Gläubiger Identifikationsnummer: DE67ZZZ00000116133
Mandatsreferenz (Kassenzeichen): wird separat mitgeteilt

| | |
|-------------------------|--|
| Name, Vorname: | |
| Straße, Hausnr.: | |
| PLZ, Ort: | |

| | |
|----------------------------|--|
| Angaben zum Objekt: | |
|----------------------------|--|

Ich ermächtige die Kasse der Gemeinde Görisried von meinem Konto bei der

| | |
|--------------|--|
| Bank: | |
| IBAN: | |
| BIC: | |

wiederkehrende Zahlungen zu den jeweiligen Fälligkeiten per Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Kasse der Gemeinde Görisried gezogenen Lastschriften einzulösen:

*(Hinweis: Das SEPA-Lastschriftmandat hat nur im Original Gültigkeit.
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.)*

- Alle unten genannten zur Zahlung fälligen Steuern/Gebühren/Abgaben**
 auch rückständige Forderungen

oder *(Zutreffendes bitte ankreuzen!)*:

| | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Grundsteuer | <input type="checkbox"/> Friedhofunterhaltsgebühren |
| <input type="checkbox"/> Gewerbesteuer | <input type="checkbox"/> Mieten/Pachten |
| <input type="checkbox"/> Hundesteuer | <input type="checkbox"/> Zweitwohnungssteuer |
| <input type="checkbox"/> Wasser- und Kanalgebühren | <input type="checkbox"/> Abwasserabgabe Kleineinleiter |
| <input type="checkbox"/> Kindergartengebühren | <input type="checkbox"/> |

Ort: _____ **Datum:** _____

Unterschrift des Kontoinhabers