Nutzen Sie die Vorteile des Lastschrifteinzugsverfahrens und senden Sie diesen Abschnitt bitte ausgefüllt und unterschrieben zurück. **Gerne auch per E-Mail an: kasse@wallmerod.de**

Verbandsgemeindekasse Wallmerod
Gerichtsstraße 1
56414 Wallmerod

Abgabenpflichtiger
Name:

_____
Straße:

_____
PLZ, Ort:

_____

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Gläubiger-Identifikationsnummer DE48 VGW0 0000 0101 63

Ich/Wir ermächtige/n die VG Kasse Wallmerod, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.
Zugleich weise ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der VG Kasse Wallmerod auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.
Hinweis: Ich/Wir kann/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.

Wenn das Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Geldinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Ich bin damit einverstanden, dass das angegebene Girokonto auch für Erstattungen verwendet wird. **Mir ist bekannt, dass bei einer Rücklastschrift die Einzugsermächtigung sofort gelöscht wird.**

Kassenzeichen (s. Bescheid): (unbedingt erforderlich)	
Vorname und Nachname (Kontoinhaber)	
Straße und Hausnummer	
Postleitzahl und Ort	
Name Kreditinstitut	
IBAN **D E**	
BIC (8 oder 11 Stellen)	
E-Mail-Adresse / Telefon-Nr. für Rückfragen	
Ort	Datum
Unterschrift des Kontoinhabers	