

SEPA-Lastschriftmandat

--

Rahden
Stadt · Land · Leben



Gläubiger/in	
Gläubigeridentifikations-Nr.	DE04ZZZ00000095927

Mandatsreferenz/Kassenzeichen	
--------------------------------------	--

1. Zahlungspflichtige/r

Name/Firma	
Straße	Hausnummer
Telefon (freiwillig)	Fax (freiwillig)

Vorname	
PLZ	Ort
E-Mail (freiwillig)	

2. Kontoinhaber (falls abweichend)

Familiennamen	
Straße	Hausnummer
Telefon (freiwillig)	Fax (freiwillig)

Vorname	
PLZ	Ort
E-Mail (freiwillig)	

3. Bankverbindung

Kreditinstitut
IBAN

BIC

4. SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die oben genannte Behörde, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der oben genannten Behörde auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ort, Datum	Unterschrift des Kontoinhabers
------------	--------------------------------

Bezüglich der Informationen über die Verarbeitung personenbezogener Daten und Ihrer Rechte nach der Datenschutzgrundverordnung weise ich Sie auf die Internet-Seite der Stadt Rahden www.rahden.de/Datenschutzerklärung sowie den „Hinweis auf die Rechte der Betroffenen lt. DS-GVO“ unter www.rahden.de/Rathaus-Politik/Formulare hin. Bei Bedarf können Ihnen diese Informationen im Papierformat zur Verfügung gestellt werden.