



# GEMEINDE KARLSHULD

Gemeinde Karlshuld  
- Kasse / Steueramt -  
Hauptstraße 68  
86668 Karlshuld

**Wir benötigen Ihre persönliche Unterschrift.**

Bitte senden Sie den Vordruck ausschließlich per Brief zurück, eine Erteilung per Telefon, Fax oder E-Mail ist **nicht** möglich, da Ihre Unterschrift im **Original** vorliegen muss.

Tragen Sie bitte die korrekten Daten in die vorbereiteten Zeilen ein und versehen den Vordruck mit Ort, Datum und Unterschrift.

**Gläubiger-Identifikationsnummer:**

DE 55 ZZZ 00000167274

**Mandatsreferenz:**

Wird separat durch die Bescheide/Rechnungen mitgeteilt.

## SEPA – LASTSCHRIFTMANDAT

PK-Nr. \_\_\_\_\_ Name, Vorname des Pflichtigen: \_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon-Nr. (tagsüber f. Rückfragen): \_\_\_\_\_

für das Objekt bzw. Name des Kindes \_\_\_\_\_

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Grundsteuer A | <input type="checkbox"/> Abwassergebühr    | <input type="checkbox"/> Gebühr für Kindertageseinrichtung |
| <input type="checkbox"/> Grundsteuer B | <input type="checkbox"/> Friedhofsgebühren | <input type="checkbox"/> Mittagsbetreuung                  |
| <input type="checkbox"/> Gewerbesteuer | <input type="checkbox"/> Hundesteuer       | <input type="checkbox"/> Mittagessen                       |

Ich ermächtige/Wir ermächtigen widerruflich die **Gemeinde Karlshuld**, die von mir/uns zu entrichtenden wiederkehrenden Zahlungen für oben aufgeführte Forderungsarten bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem/unserem Konto einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der **Gemeinde Karlshuld** auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Für das kontoführende Geldinstitut besteht keine Verpflichtung, die Aufträge auszuführen, wenn mein/unser Konto am Fälligkeitstag nicht die erforderliche Deckung aufweist. Anfallende Rücklastschriftgebühren werden an mich/uns weiterverrechnet. Diese Ermächtigung ist jederzeit widerruflich. Sie erlischt bei Widerruf. Änderungen sind unverzüglich mitzuteilen.

*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.*

Kontoinhaber \_\_\_\_\_  Alleiniger Kontoinhaber  
 Gemeinsames Konto mit \_\_\_\_\_

Anschrift falls abweichend \_\_\_\_\_

Kontonummer \_\_\_\_\_

Bankleitzahl \_\_\_\_\_

IBAN D E \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_

BIC \_ \_ \_ \_ D E \_ \_ \_ \_

Name Kreditinstitut \_\_\_\_\_

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Lastschrift wird mich/uns der Zahlungsempfänger über den Einzug in dieser Verfahrensart informieren.