

Name, Vorname \_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort \_\_\_\_\_  
Tel. / Mobil \_\_\_\_\_  
(für evtl. Rückfragen)

Flecken Salzhemmendorf  
-Gemeindekasse-  
Hauptstr. 2  
31020 Salzhemmendorf

Gläubiger-Identifikationsnummer DE78ZZZ00000152795  
Ihre Mandatsreferenznummer entnehmen Sie bitte Ihrem Kontoauszug

**Erteilung/Änderung eines SEPA-Lastschriftmandats ab \_\_\_\_\_**

Ich ermächtige die Gemeindekasse Salzhemmendorf, **alle** Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Gemeindekasse Salzhemmendorf auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

<b>Grundsteuer</b>	<b>Debitorenkonto:</b>	_____
<b>Kanalbenutzungs- u. Wassergebühren</b>	<b>Debitorenkonto:</b>	_____
<b>Hundesteuer</b>	<b>Debitorenkonto:</b>	_____
<b>Gewerbesteuer</b>	<b>Debitorenkonto:</b>	_____

_____	_____	_____
Kreditinstitut Name	BIC	BLZ
<b>DE</b> _____		_____
IBAN (22-stellig)		Kontonummer

**Das bisherige Konto wird aufgelöst** (bitte ggf. ankreuzen)

\_\_\_\_\_

**Falls abweichender Kontoinhaber:** Name und Vorname

\_\_\_\_\_

Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_

Postleitzahl und Ort

\_\_\_\_\_

Datum, Ort und Unterschrift des **Kontoinhabers**

**Hinweis:** Sie können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit Ihrem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. **Setzen Sie sich bitte vorher mit uns in Verbindung, da entstehende Kosten zu Ihren Lasten gehen!**