
Name, Vorname (Zahlungspflichtiger)

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Kassenzeichen

**Bitte ausfüllen und im Original
per Post zurücksenden.
(nicht per FAX oder E-Mail)**

Landeshauptstadt Potsdam
Der Oberbürgermeister
Stadtkasse
Friedrich-Ebert-Straße 79 - 81

14469 Potsdam

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE33LHP0000032161
Mandatsreferenz:

SEPA-Lastschriftmandat für eine einmalige Zahlung

Ich/Wir ermächtige(n) die Landeshauptstadt Potsdam, einmalig eine Zahlung von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der Landeshauptstadt Potsdam auf mein/unser Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

Hinweis: Ich/Wir kann/können innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ich bin damit einverstanden, dass das angegebene Konto auch für Erstattungen genutzt wird. Mir ist bekannt, dass im Falle einer Rücklastschrift kein weiterer Einzug zum Mandat erfolgt.

Bezeichnung der Einzelforderung: _____

Kontoinhaber/in*: _____

Straße/Hausnummer: _____
(Kontoinhaber/in)

PLZ/Ort: _____
(Kontoinhaber/in)

Kreditinstitut: _____

BIC: _____ IBAN: _____

E-Mail-Adresse
(Kontoinhaber/in) _____

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers

* Hier sind die Daten des Kontoinhabers einzutragen. Erfolgt der Lastschritteinzug für das Schuldverhältnis eines Dritten, weicht der Kontoinhaber vom im Kopf bezeichneten Zahlungspflichtigen ab.

Name, Vorname (Zahlungspflichtiger)

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Kassenzeichen

Kopie für Ihre Unterlagen

Landeshauptstadt Potsdam
Der Oberbürgermeister
Stadtkasse
Friedrich-Ebert-Straße 79 - 81

14469 Potsdam

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE33LHP00000032161

Mandatsreferenz:

SEPA-Lastschriftmandat für eine einmalige Zahlung

Ich/Wir ermächtige(n) die Landeshauptstadt Potsdam, einmalig eine Zahlung von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der Landeshauptstadt Potsdam auf mein/unser Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

Hinweis: Ich/Wir kann/können innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ich bin damit einverstanden, dass das angegebene Konto auch für Erstattungen genutzt wird. Mir ist bekannt, dass im Falle einer Rücklastschrift kein weiterer Einzug zum Mandat erfolgt.

Bezeichnung der Einzelforderung: _____

Kontoinhaber/in*: _____

Straße/Hausnummer: _____
(Kontoinhaber/in)

PLZ/Ort: _____
(Kontoinhaber/in)

Kreditinstitut: _____

BIC: _____ IBAN: _____

E-Mail-Adresse
(Kontoinhaber/in) _____

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers

* Hier sind die Daten des Kontoinhabers einzutragen. Erfolgt der Lastschritteinzug für das Schuldverhältnis eines Dritten, weicht der Kontoinhaber vom im Kopf bezeichneten Zahlungspflichtigen ab.