

Granting of an SEPA Direct Debit Mandate to recurrent payment

Hansestadt Stralsund
 Abt. Stadtkasse
 Postfach 21 45
 18408 Stralsund

Creditor name: Hansestadt Stralsund Creditor address: Heilgeiststraße 63, 18439 Stralsund Creditor identifier: DE04ZZZ00000160917										
Mandate reference = Kassenzeichen: <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>										

SEPA Direct Debit Mandate to recurrent payment

By signing this mandate form, you authorise (A) Hansestadt Stralsund - Stadtkasse - (Creditor) to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions Hansestadt Stralsund (Creditor).

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Receivables category (Please check one!):

- | | | |
|----------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Grundsteuer A | <input type="checkbox"/> Zweitwohnungssteuer | <input type="checkbox"/> Musikschulgebühr |
| <input type="checkbox"/> Grundsteuer B | <input type="checkbox"/> Hundesteuer | <input type="checkbox"/> Mieten / Pachten / Erbbauzins |
| <input type="checkbox"/> Gewerbesteuer | <input type="checkbox"/> Straßenreinigungsgebühr | <input type="checkbox"/> Other: _____ |

Account holder

 Name of debtor(s)

 Street name and number

_____ Postal code	_____ City	_____ Country
----------------------	---------------	------------------

 IBAN (International Bank Account Number)

_____ BIC (Business Identifier Code)	_____ Bank name
-----------------------------------------	--------------------

Payer (if different from the account holder)

 Name of payer(s)

_____ City	_____ Date	_____ Signature of the account holder(s)
---------------	---------------	---------------------------------------------

See notes overleaf before completing this form!



Hinweise zum SEPA-Lastschrift-Mandat

Ihre Vorteile

- Alle Zahlungen erfolgen pünktlich.
- Sie sparen sich die Überweisung der fälligen Beträge.
- Es müssen keine Zahlungstermine überwacht werden.
- Auch wenn sich die Steuer-, Abgaben- oder Entgelthöhe ändert, zahlen Sie immer den richtigen Betrag. Ein Vorteil gegenüber einem Dauerauftrag bei Ihrem Kreditinstitut.

Kein Risiko

- Mit dem Kontoauszug Ihres Kreditinstitutes erhalten Sie über jede vorgenommene Buchung eine Quittung.
- Sie können bei Ihrem Kreditinstitut jeder Abbuchung innerhalb einer Frist von acht Wochen widersprechen und die Erstattung des abgebuchten Betrages verlangen.
- Die Teilnahme am Lastschrifteinzug ist freiwillig und kann jederzeit widerrufen werden.

Was müssen Sie tun?

Bitte reichen Sie das SEPA-Lastschriftmandat vollständig ausgefüllt und unterschrieben per Post, als Fax oder E-Mail bei der Stadtkasse ein.

Anmerkungen zu SEPA

Die SEPA-Lastschrift gilt maximal 36 Monate nach der letzten Nutzung.

Bitte beachten Sie!

Abbuchungen von Sparkonten sind nicht möglich.

Bitte sorgen Sie dafür, dass Ihr Konto die erforderliche Deckung aufweist, andernfalls ist das kontoführende Geldinstitut nicht verpflichtet, dem Einzugsauftrag zu entsprechen; des Weiteren entstehen Bankgebühren für Rücklastschriften, die von Ihnen zu tragen sind. In diesem Zusammenhang wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass nach einer erfolgten Rücklastschrift solange kein weiterer Lastschrifteinzug mehr vorgenommen wird, bis ein erneutes SEPA-Lastschriftmandat vorliegt.

Mit dem Lastschriftmandat erklären Sie sich damit einverstanden, dass die Bankverbindung auch für Rückerstattungen genutzt wird.

Hansestadt Stralsund
Der Oberbürgermeister
Kämmereiamt
Abteilung Stadtkasse

Heilgeiststraße 63
18439 Stralsund
Telefon 03831 253 511
Telefax 03831 252 53 511
E-Mail: kaemmereiamt@stralsund.de

Öffnungszeiten

Dienstag: 8 – 12 Uhr und 13 – 18 Uhr
Donnerstag: 8 – 12 Uhr und 13 – 17 Uhr