

SEPA-Lastschriftmandat



Name des Zahlungsempfängers/ Creditor name

Städtische Parkhaus GmbH Straubing

Anschrift des Zahlungsempfängers/ Creditor address

Steinhauffstraße 17a, 94315 Straubing

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

DE84PHS00000221557

Mandatsreferenz- Nr. (vom Zahlungsempfänger auszufüllen!) / Mandate reference (to be completed by the creditor)

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger „Städt. Parkhaus GmbH“ Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger „Städt. Parkhaus GmbH“ auf mein / unser Konto gezogene Lastschriften einzulösen. 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.

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor „automatisierter Name Zahlungsempf. von oben“ to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor „automatisierter Name Zahlungsempf. von oben“. 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.

Zahlungsart/ Type of payment:

Wiederkehrende Zahlung/ Recurrent payment oder Einmalige Zahlung/ One-off payment

↓

am 1. des Monats € _____

Vorname und Nachname des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)/ Debtor name

Anschrift des Zahlungspflichtigen (ACHTUNG: Neue Anschrift)/ Debtor address

IBAN des Zahlungspflichtigen/ IBAN of the debtor

BIC/ BIC

DE _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _

Ort/ Location Datum/ Date

Unterschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)/ Signature(s) of the debtor