

Name: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Kassenzeichen/  
Mandatsreferenz:** \_\_\_\_\_

(pro Vordruck nur ein Kassenzeichen möglich)

**Amt Mitteldithmarschen  
Fachdienst Finanzwirtschaft  
Roggenstraße 14  
25704 Meldorf**



### **SEPA-Lastschriftmandat**

**Bitte nicht faxen oder mailen, da die Originalunterschrift benötigt wird.**

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE91ZZZ00000027043

Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen wegen Erhebung von Steuern, Gebühren, Beiträgen, Mieten, Pachten oder Erbbauzinsen für

das Kassenzeichen/Objekt: \_\_\_\_\_

(pro Vordruck nur ein Kassenzeichen möglich)

bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos bei der

\_\_\_\_\_  
Name der Bank/Sparkasse

DE

IBAN

\_\_\_\_\_  
BIC

abweichender Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

Name und vollständige Anschrift

durch Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Amt Mitteldithmarschen auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

Mir ist bekannt, dass ich innerhalb von 8 Wochen – beginnend mit dem Belastungsdatum – die Erstattung des belasteten Betrages verlangen kann. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

### **Zahlungsart**

Wiederkehrende Zahlung

Einmalige Zahlung

(bitte Zutreffendes ankreuzen)

\_\_\_\_\_  
(Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)