

# SEPA - Lastschriftmandat

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers

Stadt Auerbach i.d.OPf.  
Stadt- / Spitalkasse  
Oberer Marktplatz 1  
91275 Auerbach i.d.OPf.

Gläubiger ID Stadt Auerbach  
**DE87ZZZ00000037106**

Gläubiger ID Spitalstiftung  
**DE86ZZZ00000037157**

Name und Anschrift des / der Kontoinhaber/in

  
  
  

Hiermit ermächtige(n) ich / wir o. g. Behörde (mit oben genannter Gläubiger-ID), Zahlungen von unten genanntem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich / wir das Kreditinstitut an, die von o. g. Behörde auf das unten genannte Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

IBAN

BIC

Kreditinstitut

**alle an die Kasse fällig werdenden Beträge für zu entrichtenden Steuern, Abgaben und Gebühren (einmalige Abgaben, z. B. Erschließungsbeiträge, Herstellungsbeiträge und Hausanschlusskosten werden nur auf ausdrücklichen Wunsch abgebucht).**

**nur die nachstehend gekennzeichneten fällig werdenden Beträge (einschl. Nebenleistungen) für:**

Grundsteuer A

Wasser- und Kanalgebühren

Miete

Gewerbsteuer  
Vorauszahlung

Grundsteuer B

Kindergartengebühren

Pacht

Gewerbsteuer  
Abrechnung

Hundesteuer

Abwasserabgabe

für das Objekt

Name des Eigentümers

Auerbach i.d.OPf., den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Kontoinhabers

**Nur von der Verwaltung auszufüllen!**

FAD-Nr.: \_\_\_\_\_

FAD-Nr.: \_\_\_\_\_

  
  

Objekt-Nr. / AA: \_\_\_\_\_

Objekt-Nr. / AA: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Stadt Auerbach i.d.OPf., Oberer Marktplatz 1, 91275 Auerbach i.d.OPf.

Herrn / Frau

  
  

Formular drucken