

Zahlungsempfänger:
Gläubiger-Identifikationsnummer:

Schulverband Parkstetten, Schulstr. 3, 94365 Parkstetten
DE91ZZZ00000703909

FAD:	Objekt:
------	---------

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige/Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von dem Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweise:

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.

Meine/Unsere Rechte zu dem obigen Mandat sind in einem Merkblatt enthalten, das ich/wir von meinem/unserem Kreditinstitut erhalten kann/können.

Name u. Anschrift Zahlungspflichtiger	<input type="text"/>	
	Name und Vorname	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Straße	Hausnummer
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Postleitzahl	Ort
Name u. Wohnort des Kontoinhabers	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Name und Vorname	Wohnort
Kreditinstitut	<input type="text"/>	
	Name und Ort	
Konto	<input type="text"/>	
	BIC (Business Identifier Code)	
	<input type="text"/>	
	IBAN (International Bank Account Number)	
Unterschrift(en)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Ort	Datum
	<input type="text"/>	
	Unterschrift(en)	
gilt nur für	<input type="checkbox"/>	offene Ganztagsbetreuung
(einschl. Nebenleistungen)	<input type="checkbox"/>	Mittagessen
	<input type="checkbox"/>	_____

Bitte geben Sie für eventuelle Rückfragen Ihre Telefonnummer an: _____

Bitte zurücksenden an:

Schulverband Parkstetten
Schulstr. 3
94365 Parkstetten