Bitte im Schulbüro abgeben !

Bitte zurücksenden an:

STADT BAD MÜNDER AM DEISTER

-Stadtkasse- / Obertorstr. 1

31848 Bad Münder

Gläubiger-ID: DE06ZZZ00000059710

SEPA-Lastschriftmandat / Änderung der Bankverbindung

Ich ermächtige die Stadt Bad Münder, ab sofort / ab Fälligkeit _____ Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Stadt Bad Münder auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Der Einzug der fälligen Beträge erfolgt ohne weitere Ankündigung, zu den Ihnen mitgeteilten Fälligkeitsterminen in vereinbarter bzw. mitgeteilter Höhe.

Hinweise:

Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Das Lastschriftmandat muss der Stadt Bad Münder im **Original** oder **per FAX mit Unterschrift** vorliegen. Eine Übermittlung per E-Mail wird nicht akzeptiert.

Sollte bereits ein Lastschriftmandat für ein anderes Kassenzeichen vorliegen, wird dieses nicht automatisch übernommen.

Wenn das angegebene Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht von Seiten des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung. **In diesem Fall wird das Lastschriftmandat gelöscht.** Evtl. anfallende Rückbuchungsgebühren werden zu meinen Lasten berechnet.

Hinweise zum Datenschutz: Die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten, die mit (*) als freiwillige Angaben zur vereinfachten Kontaktaufnahme und/oder vereinfachten Bearbeitung bzw. mit (**) als freiwillige Angaben im notwendigen Umfang, ohne die eine Bearbeitung nicht vorgenommen werden kann, gekennzeichnet sind, erfolgt auf Grundlage Ihrer Einwilligung gem. Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO. Weitere Informationen zum Datenschutz - insbesondere zu den Informationspflichten nach Art. 13 und 14 DSGVO- erhalten Sie auf www.bad-muender.de oder bei Bedarf bei der Stadt Bad Münder am Deister -Steinhof 1- 31848 Bad Münder.

Kassenzeichen / Zahlungsgrund **)	Mittagessen GS Bakede
Einmalige Zahlung **) ☐	Wiederkehrende Zahlung **) ☒

Zahlungspflichtiger / Eigentümer **)

Name **)	Vorname **)
Strasse, Haus-Nr. **)	PLZ, Ort **)

Bankverbindung **)

IBAN **)	D	E																				

Kreditinstitut **)

Nur ausfüllen, wenn der Bankkontoinhaber nicht der Zahlungspflichtige ist ! Beachten Sie, dass bei fehlenden Anschriften des abweichenden Kontoinhabers nicht abgebucht werden kann !

Name **)	Vorname **)
Strasse, Haus-Nr. **)	PLZ, Ort **)

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift