SEPA-Lastschriftmandat / SEPA Direct Debit Mandat

**Absender**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

DE1700200000115093

Gläubiger-Identifikationsnummer / creditor identifier

**Adresse Empfänger**

Landratsamt Schwäbisch Hall

Amt für Abfallwirtschaft

-Gebührenstelle-

Karl-Kurz-Str. 44, 3. OG

74523 Schwäbisch Hall

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) den Landkreis Schwäbisch Hall, Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die vom Landkreis Schwäbisch Hall auf mein (unsere) Konto gezogenen 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, I (we) authorise the Landkreis Schwäbisch Hall to send instructions to my (our) bank to debit my (our) account and my (our) bank to debit my (our) account in accordance with the instructions from the creditor Landkreis Schwäbisch Hall. Note: I can (we can) demand a refund of the amount charged within eight weeks, starting with the date of the debit request. The terms and conditions agreed upon with my (our) financial institution apply.

Information: Die Lastschriften werden zu den Fälligkeitszeitpunkten bewirkt, die in den Bescheiden, Rechnungen, und Verträgen ausdrücklich genannt sind. Dort werden auch die genauen Einzugsbeträge genannt.

|  |  |
| --- | --- |
| Zahlungspflichtiger | Name/ Name of the debitor |
|  | Straße und Hausnummer / debitor Street and number |
|  | Land, Postleitzahl und Ort / debitor Country debitor Postal code and City |
|  | IBAN / debitor IBAN |
|  | SWIFT BIC / debitor SWIFT BIC |
|  | Mandatsreferenz / Kundennummer/Vertragskonto  Mandate reference - to be completed by the creditor |
| Zahlungsart | [X] Wiederkehrende Zahlung / recurrent payment  [-] Einmalige Zahlung /one-off payment |

Ort und Datum      ,

Unterschrift/Signature \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_