

SEPA-Lastschriftmandat / SEPA Direct Debit Mandate

|||

DE14 1460 0000 0035 607

Gläubiger-Identifikationsnummer / creditor identifier

Wiederkehrende Zahlung
recurrent payment

Einmalige Zahlung
one-off payment

Grundschule Höringhausen
Hauptstraße 41
34513 Waldeck
Telefon 05634/554

Kind

0 E

Eindeutige Mandatsreferenz - Wird vom Zahlungsempfänger ausgefüllt / unique mandate reference - to be completed by the creditor

Zahlungspflichtiger / creditor name

Zahlungspflichtiger Strasse und Hausnummer / creditor street and number

3

Zahlungspflichtiger PLZ und Ort / creditor postal code and city

DEUTSCHLAND

Zahlungspflichtiger Land / creditor country

DE

Zahlungspflichtiger IBAN / creditor IBAN

Zahlungspflichtiger SWIFT BIC / creditor SWIFT BIC

Schulträger giro konto Grundschule Höringhausen

LANDKREIS WALDECK-FRANKENBERG

Diese SEPA-Lastschriftmandat gilt für die Vereinbarung mit / this mandate is valid for the agreement with

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) , Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von auf mein (unsere) Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

By signing this mandate form, I (we) authorise 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 .

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.

Note: I can (we can), within eight weeks, starting with the date of the debit request, demand a refund of the amount charged. The terms and conditions agreed upon with my (our) financial institution apply.

Ort / location

Datum / date

Unterschrift(en) / signature(s)