Wir benötigen Ihre persönliche Unterschrift.
Bitte senden Sie den Vordruck ausschließlich per Brief zurück, eine Erteilung per Telefon, Fax oder E-Mail ist nicht möglich, da Ihre Unterschrift im Original vorliegen muss.

Sollten die Angaben im Vordruck korrekt sein, versehen Sie diesen bitte einfach mit Ort, Datum und Unterschrift. Sollten Einträge im Vordruck fehlerhaft oder unvollständig sein, tragen Sie bitte die korrekten Daten in die vorbereiteten Zeilen ein und versehen den Vordruck ebenfalls mit Ort, Datum und Unterschrift.

An die
Verbandsgemeindeverwaltung Gerolstein
Geschäftsbuchhaltung
Kyllweg 1
54568 Gerolstein

VERBANDSGEMEINDE GEROLSTEIN
Gerolstein | Hillesheim | Obere Kyll

Erteilung eines SEPA Lastschriftmandats

a) Zahlungspflichtiger/Bescheidempfänger

Name	Vorname
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Telefonisch zu erreichen unter	E-Mail:

b) Zahlungsempfänger: **Verbandsgemeinde Gerolstein**
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE15ZZZ00002147376

c) Bankverbindung

IBAN

BIC

Beginn des Einzugs

genaue Bezeichnung des Geldinstituts

Name des Kontoinhabers (wenn abweichend von Person zu a)

Name	Vorname
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort

d) Kassenzeichen/Vertragsgegenstand/Debitoren-Nummer laut Bescheid:

für Objekt: _____
Ort, Straße u. Hausnummer (ggf. Bezeichnung KITA/ Schule)

Die Ermächtigung gilt nur für die nachfolgende(n) Abgabeart(en):

- ☐ Grundsteuer / Landwirtschaftskammerbeitrag
- ☐ Wiederkehrende Straßenausbaubeiträge
- ☐ Wasser- / Abwasserentgelte
- ☐ Hundesteuer
- ☐ Gewerbesteuer
- ☐ Sonstiges _____
- ☐ Mieten / Grundstückspachten
- ☐ Essensgeld / Mittagessen
- ☐ Betreuende Grundschule
- ☐ Vergnügungssteuer
- ☐ Zweitwohnungssteuer

e) SEPA-Lastschriftmandat
Ich/Wir ermächtige(n) die oben genannte Behörde, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der oben genannten Behörde auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

f) Hinweis
Ich/Wir kann/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. Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts (s. o.) keine Verpflichtung zur Einlösung. Ich/Wir verpflichte(n) mich/uns, hiervon die Gemeindekasse umgehend zu informieren. **Die entstandenen Kosten bei Nichteinlösung werden von mir/uns übernommen.**

Datum

Unterschrift des Zahlungspflichtigen und ggf. abweichenden Kontoinhabers