

# SEPA-Basis-Lastschriftmandat / SEPA Direct Debit Mandat

Name: .....  
 Anschrift: .....  
 Ort: .....

**DE95ZZZ00000055198**

Gläubiger-Identifikationsnummer / creditor identifier

Gemeindekasse Ilvesheim  
 Schloßstr. 9  
 68549 Ilvesheim

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) die Gemeindekasse Ilvesheim, Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von der Gemeindekasse Ilvesheim 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 Gemeindekasse Ilvesheim 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 Gemeindekasse Ilvesheim. 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.

Zahlungspflichtiger	Name/ Name of the debtor
	Straße und Hausnummer / debtor Street and number
	Land, Postleitzahl und Ort / debtor Country debtor Postal code and City
	IBAN / debtor IBAN
	SWIFT BIC / debtor SWIFT BIC
Bitte tragen Sie hier ihr Buchungszeichen ein:	.....001 Mandatsreferenz (Buchungszeichen + laufende Nummer) Mandate reference
Zahlung für (nur bei abweichendem Kontoinhaber)	..... Dieses SEPA-Basis-Lastschriftmandat gilt für die Vereinbarung mit (Name des Zahlungspflichtigen) this mandate is valid for the agreement with (Name of the debtor)
Zahlungsart	<input checked="" type="checkbox"/> Wiederkehrende Zahlung / recurrent payment <input type="checkbox"/> Einmalige Zahlung /one-off payment

Ort und Datum \_\_\_\_\_  
 City and date of signature(s)

Unterschrift(en)/Signatures \_\_\_\_\_