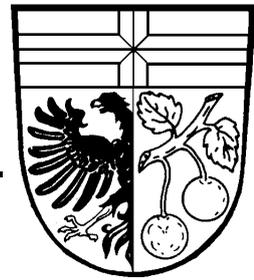


MARKT IGENDS DORF/OFR.

Landkreis Forchheim



Bitte rücksenden an:

Schulverband Igensdorf
- Marktgemeindekasse -
Bürgermeister-Zeiß-Platz 1
91338 Igensdorf

Ihre Kontaktdaten für Rückfragen

Tel.:	
E-Mail:	
Fax:	

Zahlungsempfänger: Schulverband Igensdorf, Bürgermeister-Zeiß-Platz 1, 91338 Igensdorf
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE93ZZZ00000140109
Mandatsreferenz: WIRD SEPARAT MITGETEILT

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige/Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von dem Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweise:

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.

Meine/ Unsere Rechte zu dem obigen Mandat sind in einem Merkblatt enthalten, das ich/ wir von meinem/ unserem Kreditinstitut erhalten kann/ können.

Objektangabe

Name des Kontoinhabers

<i>Name und Vorname</i>		<i>FAD</i>

Anschrift des Kontoinhabers

<i>Straße</i>		<i>Hausnummer</i>
<i>Postleitzahl</i>	<i>Ort</i>	
<i>Land</i>		

Kreditinstitut

<i>Name und Ort</i>

Konto

<i>BIC (Bank Identifier Code)</i>
<i>IBAN (International Bank Account Number)</i>

Unterschrift(en)

<i>Ort</i>	<i>Datum</i>

<i>Unterschrift(en)*</i>

* Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich vom **Datenschutzhinweis zum Formular SEPA-Lastschriftmandat Schulverband** Kenntnis genommen habe.

gilt nur für:

<input type="checkbox"/> Beiträge OGTS	<input type="checkbox"/> Beiträge Ferienbetreuung	<input type="checkbox"/> Beiträge JEKI
--	--	--