



# SEPA-Lastschrift/Bankeinzugsermächtigung

Das Formular ist nur mit Ihrer Unterschrift gültig (keine Kopie, kein Fax). Bitte senden Sie das Formular per Post oder als eingescanntes Dokument mit Originalunterschrift an [amtskasse@amtdw.landsh.de](mailto:amtskasse@amtdw.landsh.de).

Für Rückfragen bei der Amtskasse: 04346/91-277, -279, -280

**Amt Dänischer Wohld**

**Amtskasse**

**Karl-Kolbe-Platz 1**

**24214 Gettorf**

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE34ZZZ00000032337

Die Felder können mit der Tab-Taste oder einem Mausclick angesteuert werden.

Ich ermächtige das Amt Dänischer Wohld

alle wiederkehrenden Zahlungen für folgendes Kassenzeichen 0 / \_\_\_\_\_ /xxx-xxx

oder  nur die folgenden angekreuzten wiederkehrenden Zahlungen von meinem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Amt Dänischer Wohld auf mein Konto gezogene Lastschriften einzulösen. Gültig ab:  Unterzeichnung,  Rückwirkend/zukünftig gültig ab: \_\_\_\_\_

Bitte ankreuzen und benennen	Kassenzeichen oder betreffendes Grundstück
<input type="checkbox"/> Grundsteuer	
<input type="checkbox"/> Schmutzwassergebühren	
<input type="checkbox"/> Niederschlagwassergebühren	
<input type="checkbox"/> Fäkalschlammgebühren	
<input type="checkbox"/> Hundesteuer	
<input type="checkbox"/> Gewerbesteuer	
<input type="checkbox"/> Miete/Pacht	
<input type="checkbox"/> Gebühren Kindergarten/Krippe	
<input type="checkbox"/> Gebühr Betreute Grundschule/OGS	
<input type="checkbox"/> Schülerbeförderungskosten	
<input type="checkbox"/>	

**Hinweis:** Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

**Kontoinhaber: (ggf. alle Personen eintragen)**

Name, Vorname /Firma:	
Straße und Hausnummer:	
PLZ und Ort:	
Telefonnummer:	
E-Mail (freiwillig)	
Kreditinstitut:	
BIC:	
IBAN:	DE

**Zahlungspflichtiger, sofern nicht Kontoinhaber**

Name, Vorname / Firma:	
Straße und Hausnummer:	
PLZ und Ort:	
Telefonnummer:	
E-Mail (freiwillig):	

Ort, Datum

Unterschrift Kontoinhaber

Unterschrift Zahlungspflichtiger