

MARKT MARKT SCHWABEN



Markt Markt Schwaben
Kasse
Schloßplatz 2
85570 Markt Schwaben

**Wir benötigen Ihre
Originalunterschrift!**
Bitte senden Sie den Vordruck
ausschließlich per Brief zurück, eine
Erteilung per Telefon, Fax oder
Email ist nicht möglich.

Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE78ZZZ00000154444**
Mandatsreferenz: wird separat mitgeteilt

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige/wir ermächtigen den Markt Markt Schwaben, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Markt Markt Schwaben auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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.

Zahlungsart:

☐ wiederkehrende Zahlung:

Dieses Mandat gilt für folgende Gebühren	Name d. Kindes	PK-Nr.
☐ Mittagsbetreuungsgebühren		
☐ Hausaufgabenbetreuungsgebühren		
☐		

☐ einmalige Zahlung: _____
Bezeichnung der einmaligen Zahlung

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Kreditinstitut (Name)

BIC _____ DE _____ IBAN _____

Ort Datum Unterschrift

Wir sind damit einverstanden, dass zur Erleichterung des Zahlungsverkehrs die grundsätzlich 14-tägige Frist (Kalendertage) für die Abbuchungsvorankündigung einer fälligen Zahlung bis auf minimal einen SEPA-Geschäftstag (TARGET2-Bankarbeitstag) vor Belastung verkürzt werden kann.

Ort Datum Unterschrift