**Gläubiger-Identifikationsnummer**
DE75ZZZ00000048089
**Mandatsreferenz**
wird separat mitgeteilt

**Zahlungspflichtiger**
**----------**

_____
(Vorname, Name)

_____
(Straße, Hausnummer)

_____
(PLZ, Ort)

_____
(Telefon)

**Bürger- und Buchungsnummer:**

_____

**Verbandsgemeindekasse**
**Daaden-Herdorf**
**Postfach 40**
**57563 Daaden**

**! Bitte senden Sie das Mandat unterschrieben im Original zurück !**

**SEPA-Lastschriftmandat für SEPA-Basislastschriften**

Ich ermächtige | Wir ermächtigen die **Verbandsgemeindekasse Daaden-Herdorf,**
Zahlungen von meinem | unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein | weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Verbandsgemeindekasse Daaden-Herdorf auf mein | unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Der Einzug soll ab: **sofort** oder **ab: |__|__|.|__|__|.202|__|** erfolgen.

**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.

**Meine | Unsere Bankverbindungsdaten lauten wie folgt:**

Name des Kreditinstituts: _____

**IBAN:** |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| **BIC:** |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

**IBAN und BIC können Sie Ihrem Kontoauszug entnehmen.**

Ort, Datum _____ Unterschrift Kontoinhaber _____

---

Nur ausfüllen, wenn **Kontoinhaber nicht** mit dem oben ausgedruckten Zahlungspflichtigen **identisch** ist.

Name _____ Strasse + Hausnummer _____

Vorname _____ PLZ + Ort _____

KIS-KRW: Form 3 | LAYOUT OSK