



Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Ich ermächtige/Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift zu den im Bescheid / in der Kostenrechnung genannten Terminen einzuziehen. Zugleich weise ich/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.

Finanzadresse/Objekt (wenn bekannt)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<i>Finanzadresse (FAD)</i>	<i>Objekt</i>
Name des Kontoinhabers	<i>Name und Vorname</i>	
Anschrift des Kontoinhabers	<i>Straße</i>	<i>Hausnummer</i>
	<i>Postleitzahl</i>	<i>Ort</i>
	<i>Land</i>	
Kreditinstitut	<i>Name und Ort des Kreditinstituts</i>	
Konto	<i>BLZ</i>	<i>Kontonummer</i>
	<i>BIC (Bank Identifier Code)</i>	
	<i>IBAN (International Bank Account Number)</i>	
Unterschrift(en)	<i>Ort</i>	<i>Datum</i>
	<input type="text"/>	
	<i>Unterschrift(en)</i>	

Bitte zurücksenden an: / Please return to:

Landkreis Bayreuth
Markgrafenallee 5
95448 Bayreuth