SEPA-Lastschriftmandat

ZUEV109150

Mandatsreferenznummer

Ich ermächtige die unten genannte Bundeskasse, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Bundeskasse 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. Ich bin damit einverstanden, dass zur Erleichterung des Zahlungsverkehrs, die grundsätzlich 14-tägige Frist für die Information vor Einzug einer fälligen Zahlung bis auf einen Tag vor Belastung verkürzt werden kann.

Zahlungsempfängerin S07 Bundeskasse Trier - Dienstsitz Kiel, Postfach 1609, D-24015 Kiel

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE09ZZZ00000000001

Zahlungspflichtige/r S14

Anschrift

Zahler/in (bitte nur eintragen, wenn Zahlungspflichtige/r nicht identisch mit Kontoinhaber/in ist)

S01 Vorname und Nachname

S02 Straße und Hausnummer

S03 Postleitzahl Ort

S04 Land

Kontoverbindung Zahler/in

S05 IBAN (International Bank Account Number)

Hinweis: Die Angabe des BIC ist nicht erforderlich, wenn Ihre IBAN mit "DE" beginnt

S06 BIC (Business Identifier Code) Name der Bank

S12 ☐ 4 - Einmalige Zahlung (B2C) ☐ 5 - Mehrmalige Zahlungen (B2C)

S13 Ort der Unterschrift Datum der Unterschrift (Tag Monat Jahr) Unterschrift Zahler/in

S16 03085131

Bewirtschafternummer

Bitte senden Sie dieses Formular zurück an:

Wasser- und Schifffahrtsamt Stralsund
Wamper Weg 5
18439 Stralsund

Dieses Feld bitte nicht beschriften (nur für interne Vermerke)

Erfassungsdatum: _____

Erfassung durch: _____