

SEPA-Lastschriftmandat

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers	Gläubiger-Identifikationsnummer
Stadt Pegnitz Hauptstr. 37 91257 Pegnitz	DE58PEG00000123861

Mandatsreferenz OKF10000 _ _ _ _ _	(füllt die Stadt aus)
Finanzadresse (FAD) _ _ _ _ _	

Ich ermächtige/Wir ermächtigen die Stadt Pegnitz, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Stadt Pegnitz) auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

wiederkehrende Zahlungen

Mittagessen Ganztagsklasse - Christian-Sammet-Mittelschule Pegnitz

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) _____ Name des Schülers _____ Kl. _____

Adresse des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) _____ Telefon _____

Kto.-Nr. des Zahlungspflichtigen: _____	BLZ: _____
Name der Bank: _____	
IBAN des Zahlungspflichtigen	BIC
DE _____	_____

Ort, Datum

Unterschrift(en) des/r Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)