

**SEPA-Lastschriftenmandat/
SEPA Direct Debit Mandate**

**Anschrift des Zahlungsempfängers/
Creditor adress:**

Creditor adress:

Stadtkasse Bergen
Deichend 3-7
29303 Bergen

Gläubiger Identifikationsnummer/ creditor identifier:
DE84ZZZ00000103896

Mandatsreferenz/ Mandate reference:

Personenkonto oder Aktenzeichen/reference number:

wird von der Stadt Bergen ausgefüllt! / it isn't filled out by you!

Ich ermächtige / Wir ermächtigen die Stadtkasse Bergen, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Stadt Bergen auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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.

By signing this mandate form, you authorize the town treasury of Bergen to send instructions to your bank to debit your account and your bank to debit your account in accordance with the instructions from the town treasury of Bergen.

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Zahlungsart/ Type of payment:

- Wiederkehrende Zahlung/ Recurrent payment
 Einmalige Zahlung/ One-off payment

gültig ab/ valid from: _____

Abgabenart/ demand: _____ Kassenzeichen/ reference number: _____

Lage des Grundstückes/ address of your property: _____

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)/ Debtor adress:

Name/ Debtor name: _____

Straße u. Hausnr./ Street name and number: _____

PLZ u Ort/ Postal code and city: _____

Kreditinstitut/ bank: _____

IBAN _____ BIC _____

Steuerpflichtiger (falls abweichend vom Kontoinhaber)/ Taxpayer (if differs from the debtor):

Name/ name of taxpayer: _____

Straße u. Hausnr./ Street name and number: _____

PLZ u Ort/ Postal code and city: _____

Ort, Datum Unterschrift/ Location, Date Signature(s) of the debtor:

Telefonnummer/ telephone number

BITTE DIESES LASTSCHRIFTMANDAT UNTERSCHRIEBEN UND IM ORIGINAL BEI DER STADT BERGEN EINREICHEN! KOPIEN, FAXE UND E-MAILS SIND KEINE ORIGINALE UND KÖNNEN DESHALB NICHT ANERKANNT WERDEN.