SEPA-Basis-Lastschriftmandat

VA-Formular82nn

GEMEINDE ALFTER

Gemeinde Alfter
Zahlungsabwicklung
Am Rathaus 7
53347 Alfter

Datenschutzhinweis:
In Kenntnisnahme der Informationen der Gemeinde Alfter gemäß Art. 13 der Datenschutzgrundverordnung (DS-GVO) auf der Internetseite www.alfter.de, erkläre ich mit meiner Unterschrift gegenüber der Gemeinde Alfter meine Einwilligung zur Speicherung und Verarbeitung der von mir zur Verfügung gestellten personenbezogenen Daten zwecks Abwicklung des SEPA-Basis-Lastschriftmandats.

Gender-Hinweis:
Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers (m/w/d) verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen in diesem Formular gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

*** Pflichtangaben**

Gläubiger			**Gläubiger-Identifikationsnummer (ID)**	
Gemeinde Alfter			**DE78 ZZZ 00000116517**	
Girokontoinhaber				
Name * (ggf. Firma)			**Vorname(n) * (entfällt bei Firma)**	
Straße *			**Haus-Nr. ***	**Zusatz**
PLZ *	**Ort ***		**Länderkennzeichen * (bspw. „D“ für Deutschland)**	
E-Mail			**Telefon**	
IBAN *			**BIC [1]**	
Verwendungszweck der Zahlung				
Kassenzeichen (zwölfstellige Nummer) * [2]			**Abgabeart** **Kita-Kosten Mittagessen**	

[1] Die Angabe im Feld BIC kann entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt. **[2] Falls das Kassenzeichen nicht bekannt ist, bitte den Grund der Zahlung eintragen!**

Ich/Wir ermächtige(n) die Gemeinde Alfter, Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meiner/unserer o.g. IBAN mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der Gemeinde Alfter auf meine/unsere o.g. IBAN gezogenen Lastschriften einzulösen.

Mir/Uns ist bekannt, dass ich/wir innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen kann/können. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ich/Wir nehme(n) zur Kenntnis, dass bei fehlender Kontodeckung für das kontoführende Institut keine Verpflichtung zur Einlösung besteht (Rücklastschrift). Die durch die Rücklastschrift entstehenden Kosten gehen zu meinen/unseren Lasten. Zudem erlischt im Falle einer Rücklastschrift das SEPA-Basis-Lastschriftmandat.

Ich/Wir erkläre(n) mich/uns einverstanden, dass die o.g. IBAN auch im Falle einer Erstattung an mich/uns verwendet werden darf.

Ort, Datum *	**Unterschrift(en) Girokontoinhaber ***

Interne(r) Vermerk(e)