

Hansestadt Stade  
Stadtkasse  
Bei der Börne 15

21682 Stade

Bitte ausgefüllt und unterschrieben  
im Original oder als PDF zurück-  
senden!

Kassenzeichen | Debitorenummer

**SEPA-Lastschriftmandat** (zur Teilnahme am Lastschriftverfahren durch Bankeinzug)

Ich ermächtige die Hansestadt Stade widerruflich, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Hansestadt Stade gezogene Lastschrift 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.

Die Frist für die Vorabinformation des Lastschrifteinzugs (Pre-Notification) wird auf 3 Kalendertage verkürzt.

Wenn das Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Geldinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Bei einer Rückgabe der Lastschrift mangels Deckung, Widerspruch oder sonstiger Gründe durch den Zahlungspflichtigen wird das Lastschriftmandat gelöscht. Daraus entstehende Kosten (z.B. Rücklastschriftgebühren) sind vom Zahlungspflichtigen zu erstatten.

**Zahlungspflichtige/r**

Name, Vorname / Firma

Anschrift

PLZ | Ort

**Kontoinhaber**

(bitte unbedingt angeben, falls abweichend vom Zahlungspflichtigen)

Name, Vorname /Firma

Anschrift

PLZ | Ort

**Bankverbindung**

IBAN

BIC

**Zahlungsgrund** (bitte unbedingt angeben)

Objekt \_\_\_\_\_  
(bitte pro Objekt ein gesondertes Mandat erteilen)

**Unterschrift/en des/ der Kontoinhaber/in**

Ort | Datum

Unterschrift/en