

# SEPA-Basislastschriftmandat

Stadtbetriebe Siegburg AöR  
Fachbereich Musikschule  
Humperdinckstr. 27  
53721 Siegburg

Ich/Wir ermächtige(n) den oben genannten Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von dem oben genannten Zahlungsempfänger 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.

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE86ZZZ00000174864

Mandats-Referenz: Kassenzeichen \_\_\_\_\_  
(bitte angeben)

.....  
Vorname und Name (Kontoinhaber)

.....  
Straße und Hausnummer

.....  
Postleitzahl und Ort

.....  
Land

.....  
Name des Kreditinstituts

.....  
BIC

.....  
IBAN

.....

Ort

Datum

Unterschrift

Freiwillige Angaben:

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_