



Bürgermeisteramt
Gemeindekasse
Hauptstraße 9
72517 Sigmaringendorf

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE64ZZZ00000328811

Kassenzeichen: _____

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) die Gemeinde Sigmaringendorf,

- ☐ einmalig eine Zahlung
☐ wiederkehrende Zahlungen:

- ☐ Schulkindbetreuung
☐ Mittagessen

von meinem (unserem) Giro-Konto mittels SEPA-Basislastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von der Gemeinde Sigmaringendorf auf mein (unser) Konto gezogene(n) Lastschrift(en) 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.

Kontoinhaber:

Name, Vorname / Firma: _____

Straße und Hausnummer _____

PLZ und Ort: _____

Kreditinstitut (Name): _____

BIC: _____

IBAN: DE _____

Ort, Datum _____

Unterschrift / en _____

BÜRGERMEISTERAMT

Hauptstraße 9 | 72517 Sigmaringendorf | Telefon (07571) 7305-0 | bmvorzimmer@sigmaringendorf.de | www.sigmaringendorf.de