

Absender:

Name/n des/der Zahlungspflichtigen: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Zahlungsempfänger:

Stadt Cottbus/Chósebuz

FB Finanzmanagement

Stadtkasse

Neumarkt 5

03046 Cottbus

Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer:**DE72CBS00000039995****SEPA-Lastschriftmandat**

Ich ermächtige/Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger >Stadt Cottbus/Chósebuz<, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger >Stadt Cottbus/Chósebuz< 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.

Zahlungsart:☐ Einmalige Zahlung☐ Wiederkehrende Zahlung**Mandatsreferenz:**

(Vom Zahlungsempfänger auszufüllen) _____

Bezeichnung der Forderung _____**IBAN des Zahlungspflichtigen**

(max.35 Zeichen): _____

BIC (8 oder 11 Zeichen): _____

Falls vom Zahlungspflichtigen abweichend:

Name des Kontoinhabers: _____**Anschrift des Kontoinhabers:** _____**Ort, Datum (TT/MM/JJJJ):** _____**Unterschrift/en des Zahlungspflichtigen/
Kontoinhabers:** _____