

Gemeinde Rosengarten  
Bremer Straße 42  
21224 Rosengarten-Nenndorf

Gläubiger-Identifikationsnummer /  
Creditor identifier: DE66ROS00000050094

Ich zahle für:  Grundsteuer  
 Hundesteuer  
 Gewerbesteuer  
 Sonstiges

Name, Anschrift

---

---

Kassenzeichen: \_\_\_\_\_

## Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

**Bitte beachten Sie, dass das vollständig ausgefüllte Formular mindestens 14 Tage vor Fälligkeit der Steuern/Abgaben bei der Gemeinde Rosengarten vorliegen muss.**

**Andernfalls können wir es nicht zu dieser Fälligkeit, sondern erst zu der darauf folgenden berücksichtigen.**

Ich/Wir ermächtige/n die Gemeinde Rosengarten, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der Gemeinde Rosengarten auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

**Hinweis:** Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/ unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Durch meine Unterschrift verpflichte ich mich, für ausreichend Deckung auf dem angegebenen Konto zu sorgen und evtl. Kosten, die infolge mangelnder Deckung entstehen, zu übernehmen, sowie Änderungen der Bankverbindung umgehend schriftlich mitzuteilen.

Die Kündigung des SEPA-Lastschriftmandats muss schriftlich erfolgen.

**Sofern Sie nur die Abbuchung für bestimmte Forderungen wünschen, vermerken Sie dieses bitte auf diesem Formular.**

By signing this mandate form, you authorise Gemeinde Rosengarten, to send instructions to your bank to debit your account and your bank to debit your account in accordance with the instructions Gemeinde Rosengarten.

**Note:** As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

With my signature I make sure that there are sufficient funds on the indicated account and that I bear the potential expenses due to deficient funds as well as I inform you in writing about a modification of my bank account immediately. The cancellation of the direct debit authorisation has to be effected in writing.

**If you only want the deduction for certain claims, please state on this debit.**

<input type="checkbox"/> <b>Erteilung eines Lastschriftmandats</b>		<input type="checkbox"/> <b>Änderung eines bestehenden Lastschriftmandats</b> (aufgrund einer Änderung der Bankverbindung)
		<input type="checkbox"/> <b>Kündigung eines bestehenden Lastschriftmandats</b>
Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Name of the debtor(s)		
Straße und Hausnummer / Street name and number		
Postleitzahl und Ort / Postal code and City		
IBAN des Zahlungspflichtigen / Your account number – IBAN		
BIC / SWIFT BIC	Name der Bank	
Ort, Datum / Location, Date		
Unterschrift des Kontoinhabers / Signature(s)		