

Stadtverwaltung Schorndorf  
 Stadtkasse  
 Urbanstraße 24  
 73614 Schorndorf

Gläubiger-ID: DE10ZZZ00000001147

### Mandatsreferenz

Bezüglich nachfolgender Mandatsreferenz(en)

- |  |               |  |               |
|--|---------------|--|---------------|
| <input type="checkbox"/> Grundsteuer       | 5.0100. _____ | <input type="checkbox"/> Miete /                   | 5.0211. _____ |
| <input type="checkbox"/> Jahreszahler      |               | <input type="checkbox"/> Nutzungsentschädigung     |               |
| <input type="checkbox"/> Gewerbesteuer     | 5.0101. _____ | <input type="checkbox"/> Pacht                     | 5.0213. _____ |
| <input type="checkbox"/> Hundesteuer       | 5.0102. _____ | <input type="checkbox"/> Gebühr Schulkindbetreuung | 5.0220. _____ |
| <input type="checkbox"/> Kinderbetreuungs- | 5.0204. _____ | <input type="checkbox"/> Zweitwohnungssteuer       | 5.0227. _____ |
| <input type="checkbox"/> gebühr            |               | <input type="checkbox"/> _____                     | _____         |
| <input type="checkbox"/> Gebühren Kita     | 5.0208. _____ |  |               |
| <input type="checkbox"/> Wirbelwind        |               |  |               |

ermächte(n) ich (wir) die Stadt Schorndorf, Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von der Stadt Schorndorf auf mein (unser) Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

By signing this mandate form, I (we) authorise the city of Schorndorf to send instructions to my (our) bank to debit my (our) account and my (our) bank to debit my (our) account in accordance with the instructions from the creditor.

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.

Note: I can (we can) demand a refund of the amount charged within eight weeks, starting with the date of the debit request. The terms and conditions agreed upon with my (our) financial institution apply.

### Kontoinhaber(in):

(bitte vollständig ausfüllen!)

Anschrift (Familiename, Vorname, Straße u. Hausnummer, PLZ, Ort)										
Name des Kreditinstituts					BIC*:					
IBAN*:	D	E	■	■	■	■	■	■	■	■

Schorndorf, den

\* Die BIC und IBAN-Kontonummern können Sie ggf. bei Ihrer Bank erfragen oder Ihren Konto-Auszügen entnehmen

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift