

An Marktgemeinde Kilb Marktplatz 4 3233 Kilb
Creditor-ID: AT12ZZZ00000014076

Kindergarten: _____

für Kind: _____

Mandatsreferenz / Mandate reference:

Zahlungspflichtiger Debtor	
Name (Titel, Vorname, Nachname)	Anschrift (Straße, PLZ, Ort, Postfach)
IBAN	BIC
bei (genaue Bezeichnung der Kreditunternehmung)	
Zahlungsart <input type="checkbox"/> Wiederkehrende Zahlung <input type="checkbox"/> Einmalige Zahlung	

Kundenwunsch
<input type="checkbox"/> Neu <input type="checkbox"/> Änderung folgender Daten <input type="checkbox"/> Widerruf
Ich ermächtige / Wir ermächtigen die Marktgemeinde Kilb, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Marktgemeinde Kilb auf mein/ unser Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen. 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.

Ort, Datum

Unterschrift(en) des (der) Kontozeichnungsberechtigten