



# Crailsheim

Große Kreisstadt

**Zahlungsempfänger:**

Stadtverwaltung Crailsheim  
Marktplatz 1 + 2  
74564 Crailsheim

**Gläubiger-Identifikationsnummer:**

DE24ZZZ00000066564

**Mandatsreferenznummer: Debitor:**

--	--

## SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Stadtverwaltung Crailsheim

eine einmalige Zahlung

wiederkehrende Zahlungen

von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Stadtverwaltung Crailsheim auf mein 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 Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Dieses Mandat gilt unbefristet bis zum Widerruf bzw. längstens 36 Monate nach der letzten Lastschrifteinreichung.

**Das Formular ist nur im Original mit Datum und Originalunterschrift gültig. Formulare, die in Kopie, per Fax oder per E-Mail eingereicht werden, sind ungültig!**

---

Forderungsart

---

Vorname und Name (Kontoinhaber)

---

Straße und Hausnummer

---

Postleitzahl und Ort

---

Name Kreditinstitut

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|  
**BIC**

DE \_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|  
**IBAN**

---

Ort, Datum und Unterschrift