

# Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats



für die **Spitalstiftung Neunburg vorm Wald**

Spitalverwaltung, Schrankenplatz 1 (Stadtverwaltung - Rathaus)  
92431 Neunburg vorm Wald, Tel: 09672/9208-449, Fax: 09672/9208477  
Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE69ZZZ00000088549**

Stadtkasse Neunburg • Schrankenplatz 1 • 92431 Neunburg vorm Wald

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, Haus-Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

**Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen. Wir bitten um Verständnis, dass wir das Formular im Original benötigen. Eine Übermittlung per FAX oder per Mail ist aufgrund der derzeitigen Rechtslage nicht mehr möglich.**

## Einzugsermächtigung:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger „Stadt Neunburg vorm Wald“ widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.

## SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger „Stadt Neunburg vorm Wald“ Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger „Spitalstiftung Neunburg vorm Wald“ auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann / Wir können innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Debitoren-Nr., Personenkonto-Nr., Kassenzeichen: \_\_\_\_\_

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen): \_\_\_\_\_

## Wiederkehrende Zahlungen:

Heimkosten

Inkontinenzpauschale

Pachten/Erbbauzinsen

Mieten

\_\_\_\_\_

Einmalige Zahlung

Kontonummer: \_\_\_\_\_

Bankleitzahl: \_\_\_\_\_

Name des Kreditinstituts: \_\_\_\_\_

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber): \_\_\_\_\_

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen): \_\_\_\_\_

BIC (8 oder 11 Stellen): \_\_\_\_\_

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

**Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber, Kontobevollmächtigter):**

zurück an:

Stadt Neunburg vorm Wald  
-Stadtkasse-  
Schrankenplatz 1  
92431 Neunburg vorm Wald

