



Stadt Hoyerswerda  
 FB Innerer Service und Finanzen  
 FG Kasse/Steuern/Vollstreckung  
 S.-G.-Frentzel-Straße 1  
 02977 Hoyerswerda

**Wir benötigen Ihre persönliche Unterschrift!**

Bitte senden Sie den unterschriebenen Vordruck  
 per Brief an nebenstehende Adresse,  
 als Fax oder als PDF-Anlage einer E-Mail.

**SEPA-Basislastschriftmandat**

Ich / Wir ermächtige(n) die Stadt Hoyerswerda, Zahlungen von dem benannten Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Stadt Hoyerswerda auf mein / unser Konto gezogene Lastschrift einzulösen. Mir / uns ist bekannt, dass ich / wir innerhalb von 8 Wochen - beginnend mit dem Belastungsdatum - die Erstattung des belasteten Betrages verlangen kann / können. Es gelten die dabei mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

**Kassenzeichen:**

\*

**Zahlungspflichtiger:**

Name, Vorname:

\*

Straße:

\*

PLZ, Ort:

\*

Telefon:

**Kontoinhaber / nur bei abweichendem Zahler:**

Name, Vorname:

Straße:

PLZ, Ort:

**IBAN:**

\*

**BIC:**

**Zahlart:**

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

\*  einmalig  wiederkehrend

**Mandat gültig ab:**

(alle zu diesem Termin fälligen Haupt- und Nebenforderungen werden berücksichtigt)

\*

\* Bitte achten Sie darauf, dass alle Pflichtfelder ( \* ) ausgefüllt sind.

* Ort	* Datum	Unterschrift
-------	---------	--------------

**Nur von der Behörde auszufüllen.**

**Gläubiger ID:**

DE17ZZZ00000000536

Produktsachkonto, vom Fachbereich auszufüllen:

**Mandatsreferenz:**