

**Zahlungspflichtiger**

Name, Vorname, Firma:

Straße, Hausnummer:

Postleitzahl, Ort:


An das  
Amt Crivitz  
Amtsstraße 5  
19089 Crivitz

**Einzugsermächtigung / SEPA\*-Lastschrift**

zum Einzug von wiederkehrenden Forderungen mittels Lastschriften

Hiermit ermächtige(n) ich / wir Sie widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Amt Crivitz auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. 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. Wenn mein / unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Rücklastschriftkosten gehen zu meinen / unseren Lasten.

Unsere IBAN ID-Nr.: DE 40 1405 1362 0000 0503 00

Unsere Gläubiger-Ident-Nr.: DE41ZZZ00000175965

SEPA\* = Single Euro Payments Area = Einheitlicher Euro-Zahlungsverkehrsraum

**Bankverbindung**

Kontoinhaber

(Name, Vorname, Firma)

- wie oben angegeben (Bankverbindung des Eigentümers)
- Bankverbindung des nachfolgend namentlich benannten Kontoinhabers (abweichender Abbucher)

IBAN (22 Stellen)

DE

Name der Bank

BIC (8 oder 11 Stellen)


Gültig ab \_\_\_\_\_

**Die Einzugsermächtigung gilt für**

		Steuer-Nr.	Objekt
<input type="checkbox"/>	Grundsteuer A		
<input type="checkbox"/>	Grundsteuer B		
<input type="checkbox"/>	Gewerbesteuer		
<input type="checkbox"/>	Hundesteuer		
<input type="checkbox"/>			

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

Unterschrift \_\_\_\_\_