

**Bitte das ausgefüllte Original zurücksenden –
nicht per Fax, nicht per Email.**

Stadtkasse Hildesheim
Markt 2
31134 Hildesheim

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier: DE09ZZZ00000057813

Mandatsreferenz / Mandate reference: *(wird separat mitgeteilt)*

Ich/Wir ermächtige/n die Stadtkasse Hildesheim, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der Stadtkasse Hildesheim auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Ich/Wir kann/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.

Wenn das Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Geldinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Ich/Wir bin/sind damit einverstanden, dass das angegebene Girokonto auch für Erstattungen verwendet wird. Mir/Uns ist bekannt, dass bei einer Rücklastschrift das Mandat sofort gelöscht wird.

Sofern Sie nur die Abbuchung für bestimmte Forderungen wünschen, vermerken Sie dieses bitte auf diesem Mandat.

By signing this mandate form, you authorize Stadtkasse Hildesheim, to send instructions to your bank to debit your account and your bank to debit your account in accordance with the instructions Stadtkasse Hildesheim.

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

If the account does not have sufficient funds, the custodian financial institution is not obligated to pay. I agree that the given current account can also be used for refunds. I know that the debit immediately is cleared at a chargeback.

If you only want the deduction for certain claims, please state on this debit.

Name der/des Kontoinhaber(s) / Name of the account holder(s)	
Straße und Hausnummer / Street name and number	
Postleitzahl und Ort / Postal code and City	
Zahlungsart / Type of payment: Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment	
IBAN des Kontoinhabers / Your account number Account number - IBAN	
BIC des Kontoinhabers / Your SWIFT BIC	
Ort / Location	Datum / Date
Unterschrift des Kontoinhabers / Signature(s)	
Dieses Mandat gilt für <i>(z.B. Grundbesitzabgaben, Steuern):</i>	
Name des/der Zahlungspflichtigen <i>(falls abweichend) / Name of the debtor(s) (in case of difference)</i>	
Straße und Hausnummer / Street name and number	
Postleitzahl und Ort / Postal code and City	