



Stadt Rösrath
Der Bürgermeister
Stadtkasse
Hauptstraße 229
51503 Rösrath

SEPA-Lastschriftmandat

Telefax: 02205 / 802-88515
E-Mail: stadtkasse@roesrath.de

Zahlungsempfänger: Stadtkasse Rösrath
Hauptstraße 229, 51503 Rösrath

Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE5100000000028539**

Kassenzeichen:

Bitte geben Sie die Forderungsart an:

☐ **Grundsteuer** ☐ **Gewerbesteuer** ☐ **Hundesteuer** ☐ **Elternbeitrag**

☐ **andere Forderungsart**

Ich autorisiere die Stadtkasse Rösrath dazu, Zahlungen zum oben genannten Kassenzeichen von meinem Konto per Lastschrift einzuziehen. Gleichzeitig weise ich meine Bank an, die Lastschriften die von der Stadtkasse Rösrath (Hoffnungsthal) auf mein Konto gezogen werden, einzulösen. Diese Zustimmung kann ich jederzeit zurückziehen.

Hinweis:

Ich kann innerhalb von acht Wochen ab dem Belastungsdatum der Belastung widersprechen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungspflichtige oder Zahlungspflichtiger:

(Die mit einem Stern markierten Felder sind freiwillig. Sie sind nicht dazu verpflichtet diese auszufüllen)

Familienname, Vorname beziehungsweise Firmenname:

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl:

Wohnort:

*Telefon und E-Mail:

Kontoverbindung:

IBAN: DE ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____

Kontoinhaberin oder Kontoinhaber:

(Bitte nur ausfüllen, wenn abweichend von der oder dem Zahlungspflichtigen.)

Familienname, Vorname beziehungsweise Firmenname:

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl:

Wohnort:

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Datenschutzerklärung zur Kenntnis genommen habe, ihr zustimme und mit der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten einverstanden bin. Weitere Informationen finden Sie unter der [Datenschutzvereinbarung](#).

Ort, Datum

Unterschrift Kontoinhaberin oder Kontoinhaber (ggf. Firmenstempel)