**Absender:**

|  |  |
| --- | --- |
| Name/n des/der Zahlungspflichtigen: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben |
| Anschrift: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben |
| Telefon: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben |

**Zahlungsempfänger:**

|  |  |
| --- | --- |
| Stadt Cottbus | **Gläubiger-Identifikationsnummer:** |
| FB Finanzmanagement | **DE72CBS00000039995** |

Stadtkasse

Neumarkt 5

03046 Cottbus

Deutschland

**SEPA-Lastschriftmandat**

Ich ermächtige/Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger >Stadt Cottbus<, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger >Stadt Cottbus< auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir 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.

**Zahlungsart:**

[ ]  Einmalige Zahlung [ ]  Wiederkehrende Zahlung

|  |  |
| --- | --- |
| **Mandatsreferenz:** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben |
| (Vom Zahlungsempfänger auszufüllen) |
| **Bezeichnung der Forderung** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben |
| **IBAN des Zahlungspflichtigen** **(**max.35 Zeichen): | Klicken Sie hier, um Text einzugeben |
| **BIC** (8 oder 11 Zeichen): | Klicken Sie hier, um Text einzugeben |

Falls vom Zahlungspflichtigen abweichend:

|  |  |
| --- | --- |
| **Name des Kontoinhabers:** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben |
| **Anschrift des Kontoinhabers:** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben |
|  | Klicken Sie hier, um Text einzugeben |
|  | Klicken Sie hier, um Text einzugeben |
|  | Klicken Sie hier, um Text einzugeben |
| **Ort, Datum (TT/MM/JJJJ):** | Ort, Datum auswählen |

**Unterschrift/en des Zahlungspflichtigen/**

**Kontoinhabers: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**