

Bitte das Formular mit der Originalunterschrift per Post zurücksenden,  
nicht per Mail oder Fax

Stadt Detmold  
Stadtkasse  
Bielefelder Straße 1  
32756 Detmold



Gläubiger/in  
Gläubigeridentifikations-Nr.

Stadt Detmold  
DE63DET00000020757

## Kassenzeichen

### 1. Zahlungspflichtige/r

|                      |                 |
|----------------------|-----------------|
| Name/Firma           |                 |
| Straße/Hausnummer    |                 |
| Telefon (freiwillig) | Fax(freiwillig) |

|                     |     |
|---------------------|-----|
| Vorname             |     |
| PLZ                 | Ort |
| E-Mail (freiwillig) |     |

### 2. Kontoinhaber/in (falls abweichend)

|                      |                  |
|----------------------|------------------|
| Familiename          |                  |
| Straße/Hausnummer    |                  |
| Telefon (freiwillig) | Fax (freiwillig) |

|                     |     |
|---------------------|-----|
| Vorname             |     |
| PLZ                 | Ort |
| E-Mail (freiwillig) |     |

### 3. Bankverbindung

|                |
|----------------|
| Kreditinstitut |
| IBAN           |

Zahlungsart:

wiederkehrend  einmalig

|     |
|-----|
| BIC |
|-----|

### 4. SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die oben genannte Behörde, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstiut an, die von der oben genannten Behörde auf mein Konto gezogenen Lastschrift einzulösen. Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstiut vereinbarten Bedingungen.

Die Stadt Detmold verarbeitet Ihre personenbezogenen Daten, um Ihr Anliegen zu bearbeiten. Wir halten uns dabei stets an die Vorschriften des Datenschutzrechtes sowie anderer einschlägiger Vorschriften.

Ort, Datum

Unterschrift