

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