

Name: \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_

Kassenzeichen/Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

Amt Marne-Nordsee  
Der Amtsvorsteher  
Finanzbuchhaltung  
Alter Kirchhof 4 – 5  
25709 Marne

### **Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschriften SEPA-Lastschriftmandat**

Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, alle Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos bei der

\_\_\_\_\_  
Name der Bank/Sparkasse

IBAN (22 Stellen)
DE
BIC (11 Stellen)

(Ihre IBAN- und BIC-Nummern finden sie auf Ihren aktuellen Kontoauszügen.)

abweichender Kontoinhaber: Name:  
Straße:  
PLZ/Ort:

durch Lastschrift einzuziehen.

Folgende Forderungen sollen nicht abgebucht werden:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Amt Marne-Nordsee auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtungen zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

Mir ist bekannt, dass ich innerhalb von 8 Wochen – beginnend mit dem Belastungsdatum – die Erstattung des belasteten Betrages verlangen kann. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

\_\_\_\_\_  
(Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Kontoinhabers)

Gläubiger-Identifikationsnummer des Amtes Marne-Nordsee: DE70ZZZ00000021019

**Bitte als Original vorlegen, da Faxe leider nicht anerkannt werden können.**