

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE64ZZZ00000034610**

Mandatsreferenz: Wird separat mitgeteilt



STADT DINGOLFING

Dr.-Josef-Hastreiter-Str. 2

84130 Dingolfing

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige die STADT DINGOLFING wiederkehrend Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der STADT DINGOLFING auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Für folgende Zahlungsart(en):

Mittagessen Ganztagesklasse GS St. Josef

Name des Kindes: _____

Klasse: _____

Name und Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

Kreditinstitut (Name): _____ **BIC:** _____

IBAN des Zahlungspflichtigen:

DE ____ | _____ | _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber): _____

Datenschutz und Einwilligungserklärung:

Ihre Daten werden ausschließlich für den angekreuzten Verwendungszweck gespeichert und verwendet, es sei denn, Sie erteilen eine Einwilligung zur weiteren Verwendung.

Ich willige ein, dass die oben angegebenen personenbezogenen Daten (Name, Anschrift, Bankdaten) zum Zweck der Verarbeitung für die Wahrnehmung einer behördlichen Aufgabe auf der Grundlage gesetzlicher Berechtigungen verarbeitet (erhoben, genutzt und gespeichert) werden. Ich kann jederzeit ohne Angabe von Gründen die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft gegenüber der Stadt Dingolfing abändern oder gänzlich widerrufen (postalisch, per E-Mail oder per Fax).

Eine weitere Bearbeitung Ihres Antrages ist aber dann nicht mehr möglich.

Von der Informationspflicht nach Art. 13 DSGVO wurde Kenntnis genommen:

Ort, Datum, Unterschrift
