

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats



Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE64ZZZ00000034610**

Mandatsreferenz: wird separat mitgeteilt

STADT DINGOLFING
Dr.-Josef-Hastreiter-Str. 2
84130 Dingolfing

PK-Nr.: (bitte ergänzen, falls vorhanden):

Objekt-Nr.: _____

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.

Name und Anschrift des **Zahlungspflichtigen** (Kontoinhaber):

Name des **Kindes:** _____

Kreditinstitut (Name): _____

BIC: _____

IBAN des Zahlungspflichtigen:

DE ____ | _____ | _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber): _____

Für folgende Zahlungsart(en):

Mittagessen

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 - kasse@dingolfing.de oder per Fax 08731-501166). Eine weitere Bearbeitung Ihres Antrages ist aber dann nicht mehr möglich.

Wir weisen darauf hin, dass Zahlungsrückstände zu einem Ausschluss aus der Ganztagesklasse führen können.