

# SEPA-Lastschriftmandat

Alte Hansestadt Lemgo  
Finanzbuchhaltung  
Papenstraße 9

32657 Lemgo



Alte Hansestadt Lemgo

Gläubiger/in	Alte Hansestadt Lemgo
Gläubigeridentifikations-Nr.	DE 5 2 A H L 0 0 0 0 0 1 1 7 4 7 0

Mandatsreferenz/Kassenzeichen	
-------------------------------	--

## 1. Zahlungspflichtige/r

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

Vorname	
PLZ	Ort
E-Mail (freiwillig)	

## 2. Kontoinhaber (falls abweichend)

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

Vorname	
PLZ	Ort
E-Mail (freiwillig)	

## 3. Bankverbindung

Kreditinstitut
IBAN

### Zahlweise:

wiederkehrend  einmalig

BIC
-----

## 4. SEPA-Lastschriftmandat

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

## 5. Einwilligungserklärung zum Datenschutz

Ich/Wir willige/n freiwillig in die Datenverarbeitung meiner/unsere Bankdaten ein. Ohne diese Einwilligung können meine/unsere Bankdaten nicht genutzt werden und kein Einzug der von mir/uns oben angegebenen Mandatsreferenz/Kassenzeichen erfolgen. Die angegebenen Bankdaten werden von der Alten Hansestadt Lemgo ausschließlich zum Einzug der von mir/uns oben genannten Mandatsreferenz/Kassenzeichen verwendet. Eine weitergehende Datenverarbeitung ist nur aufgrund einer ausdrücklichen gesetzlichen Ermächtigung möglich. Das Recht des Widerrufs bleibt vorbehalten.

Ort, Datum	Unterschrift Kontoinhaber
------------	---------------------------