

Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen künftig bei Fälligkeit zu Lasten meines nebenstehend bezeichneten Kontos durch Lastschrift einzuziehen. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung.

Stadtkasse Lohmar
Postfach 1209

53785 Lohmar

Name des Konto – Inhabers

Kassenzeichen / Steuer – Nr. / Kunden - Nr.

genaue Bezeichnung des kontoführenden Instituts

Bankleitzahl des kontoführenden Instituts

Konto – Nr.

Ort, Datum

Unterschrift