

Einzugsermächtigung

Ich bin / wir sind damit einverstanden, dass die u. a. Abgaben jedes Mal bei Fälligkeit von meinem/unserem Konto abgebucht werden.

Diese Ermächtigung gilt ab sofort / ab und hat solange Gültigkeit, bis sie der Gemeindekasse gegenüber schriftlich widerrufen wird.

Kassenzeichen: (Bitte vom Bescheid entnehmen)

Bankname / Postgiroamt:

Bankleitzahl:

Kontonummer:

Kontoinhaber:

Name, Vorname:

Straße:

PLZ u. Ort:

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift)

zurück an:

Gemeindekasse
Rathausgasse 6

35329 Gemünden (Felda)