

Name, Vorname, Anschrift

**Hochsauerlandkreis
FD 04/2 Finanzwirtschaft
Zahlungsabwicklung
Steinstraße 27
59870 Meschede**

oder per Fax: 0291-94-26111

Einzugsermächtigung für Forderungen des Hochsauerlandkreises

Ich ermächtige den Hochsauerlandkreis jederzeit widerruflich, die von mir zu entrichtende/n Zahlung/en bei Fälligkeit zu Lasten meines angegebenen Girokontos mit Lastschrift einzuziehen. Ich bin damit einverstanden, dass der Hochsauerlandkreis auch die rückständigen Beträge einschließlich der entstandenen Nebenforderungen von meinem Konto abbucht.

Aktenzeichen / Kassenzeichen (Buchungsstelle):

Forderungen gemäß beigefügter Aufstellung

Meine Bankverbindung lautet:

Bankleitzahl:

Kontonummer:

Kreditinstitut:

Kontoinhaber/in:

Die Abbuchung soll erfolgen jeweils am 1. des Monats
 jeweils am 15. des Monats

Es wurde eine Ratenzahlung vereinbart:

monatlicher Betrag:

Zahlung ab Datum:

Wenn mein Konto nicht die erforderliche Deckung aufweist, besteht für das kontoführende Kreditinstitut keine Verpflichtung zur Einlösung.

Ort, Datum

Unterschrift