

Abgabepflichtiger:

---

---

---

---



PFAFFENHOFEN A. D. ILM

**Stadthauptkasse Pfaffenhofen a.d.Ilm**

Telefon: (08441) 78-119 oder 78-120

Zimmer-Nr.: 3.25

Öffnungszeiten:

Montag - Freitag 8.00 bis 12.00 Uhr

Montag 13.00 bis 16.00 Uhr

Donnerstag 13.00 bis 17.00 Uhr

Telefonnummer (für eventuelle Rückfragen)

**Stadt Pfaffenhofen a.d.Ilm**  
**Stadthauptkasse**  
**Hauptplatz 18**  
**85276 Pfaffenhofen a.d.Ilm**

**Gläubiger-Identifikationsnummer  
der Stadt Pfaffenhofen a.d.Ilm:**  
**DE45ZZZ00000044749**

**Mandatsreferenznummer: wird  
mitgeteilt und bei der  
Abbuchung angegeben**

SEPA-Lastschriftmandate sind nur im Original gültig

## SEPA-Lastschriftmandat (Einzugsermächtigung)

<b>Personenkonto-Nr.:</b>
<b>Grundstücksbezogene Angaben für Objekt, Straße, Hs.-Nr.:</b>

Hiermit wird die Stadt Pfaffenhofen a.d.Ilm widerruflich zum Einzug von Forderungen durch Lastschriften ermächtigt

**alle**     **nachstehend bezeichnete** Steuern, Abgaben, Gebühren, Beiträge usw. in der jeweils fälligen Höhe zu den jeweiligen Fälligkeitsterminen zu Lasten des unten angegebenen Kontos.

Grundsteuer A     Grundsteuer B     Erbbauzins     Miete / Pacht

Gewerbesteuer     Hundesteuer     Musikschulgebühr     Kindertagesstättengebühr  
(mit Essensgeld)

\_\_\_\_\_

<b>Falls abweichender Kontoinhaber: Name, Anschrift, Telefon</b>	
<b>Konto-Nr. bzw. IBAN:</b>	
<b>Kreditinstitut:</b>	<b>Bankleitzahl bzw. BIC:</b>

Ich/wir weise(n) das Kreditinstitut an, die von der Stadt Pfaffenhofen a.d.Ilm auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Wenn dieses Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift(en) d. Kontoinhaber/Zeichnungsberechtigten/Stempel