

Name, Vorname: _____
(Ihres Kindes)

Klasse: _____

SEPA-Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger: Stadt Osnabrück
Heinrich-Schüren-Schule
Sedanstr 33
49076 Osnabrück
Gläubiger-Identifikationsnummer
DE21HSS00000015693

SEPA-Lastschriftenmandat für wiederkehrende Zahlungen

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: 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.

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor (name see above) to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor (name see above).

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Angaben zum Zahlungspflichtigen/zur Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber/in):

Name, Vorname: _____

Straße und Hausnummer: _____

Postleitzahl und Ort: _____

BIC: _____

IBAN: _____

Kreditinstitut: _____

Mandatsreferenz: _____
(Name, Vorname, Geb.-Datum Ihres Kindes)

Ort, Datum

Unterschrift der Zahlungspflichtigen/des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber/in)