Bitte geben Sie nachfolgend die Absenderdaten ein:	eder münde.															
	Gläubiç	geriden	tifikations	numn	ner:											
	DE	9	4 Z	Z	Z	0	0	0	0	0	0	3	3	5	8	5
	Manda	atsrefer	renz: (wire	d von	der G	emeii	nde E	dern	nünde	auso	gefüllt	und	sepa	rat m	itgete	eilt)
Zahlungsempfänger Gemeindevorstand der Gemeinde Edermünde	SEPA-Lastschriftmandat  Achtung:															
- Gemeindekasse - Brückenhofstraße 4 34295 Edermünde			Fa	te nu x und rücks	d E-ľ	Mail	kön	nen			len.					
<ol> <li>SEPA-Lastschriftmandat         Ich ermächtige/Wir ermächtigen die Gemei SEPA-Basis-Lastschrift einzuziehen. Zugle Gemeinde Edermünde auf mein/unser Kon     </li> </ol>	ich we	ise i	ch mei	n/we	eiser	n wi	r ur	ser	Kre							
Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb Erstattung des belasteten Betrages verlan- einbarten Bedingungen. Vor dem ersten E Edermünde über den Einzug in dieser Ve sofortiger Wirkung widerrufen werden.	gen. E inzug (	s ge einer	Iten da SEPA	abei -Ba	die sis-l	mit _ast	me sch	iner rift	m/uı wirc	nsei I mi	em ch/u	Kre ns	editi die	nsti Ge	tut nei	ver- nde
Der Einzug erfolgt wiederkehrend ☐ ab sofort für folge	endes I	Kass	enzeic	hen	/ Ac	lres	snr. □									
ab Datum:			•			•										
2. Kontoinhaber/in bzw. Zahlungspfli	ichtig	_	n (wen	n a	bwe	eicł	nen	d v	on	Ab	sen	de	r)		7	
Straße Hausnu	mmer	PLZ	<u></u>		Ort											
Telefon (Angabe freiwillig) Fax (An	gabe fre	eiwillig	1)		E-Ma	il (Ar	ngab	e fre	iwilli	g)		_				
3. Umfang des Mandats  ☐ Alle bis zum Widerruf dieser Einzugserm ☐ Nur folgende Steuern und Abgaben:  Bezeichnung der Steuern/Abgaben	nächtig	Jung	anfalle	nde	n St	eue	r ur	nd A	bga	ber	1.				7	
4. Bankverbindung															7	
IBAN						BI	iC					<u> </u>				
5. Ergänzungen/Bemerkungen												_				
6. Unterschrift Ort, Datum		Unt	erschrif	t Kor	ntoin	habe	er									