

# SEPA-Basislastschriftmandat

**Bitte unbedingt beachten:**

**Eine Rückgabe des Lastschriftmandats ist nur im Original gültig. Die Rückgabe per Fax oder Email gilt nicht als ein gültig erteiltes Lastschriftmandat.**

Verbandsgemeindeverwaltung  
Offenbach an der Queich  
Konrad-Lerch-Ring 6  
76877 Offenbach an der Queich

**Kundenbetreuung Buchhaltung**

Telefon: 06348/986-144 und 147

[www.offenbach-queich.de](http://www.offenbach-queich.de)

**Öffnungszeiten:**

Montag:	08:30 – 12:00 Uhr 14:00 – 16:00 Uhr
Dienstag und Mittwoch:	08:30 – 12:00 Uhr
Donnerstag:	08:30 – 12:00 Uhr 14:00 – 18:00 Uhr
Freitag:	08:00 – 12:00 Uhr

## 1. Zahlungspflichtige/r

Name, Vorname		
Straße und Hausnummer		PLZ, Ort
Telefon (Angabe freiwillig)	Fax (Angabe freiwillig)	E-Mail (Angabe freiwillig)

## 2. Zahlungsempfänger

Gläubiger/in Verbandsgemeinde Offenbach	Gläubiger-Identifikations-Nr. DE55VGO00000418504
--	---

## 3. Bankverbindung (IBAN und BIC können Sie ihrem Kontoauszug entnehmen)

Kontoinhaber: Name/Vorname	Kreditinstitut
IBAN <small>(max.35-stellig)</small>	BIC <small>(8 oder 11-stellig)</small>

## 4. Forderungsart (bitte zutreffendes ankreuzen/hinzufügen)

1	<input type="checkbox"/> Betreuende Grundschule	2	<input type="checkbox"/> Mittagessen Betreuende Grundschule
Gültig ab: <input type="checkbox"/> sofort oder ab:		Rückstände mit abbuchen: <input type="checkbox"/>	<b>Bürger-Nr.:</b>

(wird von der Verwaltung ausgefüllt)

## 5. SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige/n die oben genannte Behörde, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der oben genannten Behörde auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass die Mandatsreferenz, ohne vorherige Information, im Verwendungszweck der Abbuchung mitgeteilt wird, sofern kein Abgabenbescheid ergeht. Sofern ich/wir als Bescheidempfänger nicht Kontoinhaber bin/sind, werden alle Mitteilungen im Zusammenhang mit dem SEPA-Basislastschriftmandat gegenüber dem Kontoinhaber wirksam.

**Hinweis:** Ich/Wir kann/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 des Kontoinhabers
------------	--------------------------------

**Konten der Verbandsgemeindekasse:**

Sparkasse Südpfalz IBAN DE37 5485 0010 0014 3002 06 • BIC SOLADES1SUW  
VR Bank Südpfalz eG IBAN DE33 5486 2500 0003 5022 01 • BIC GENODE61SUW