

**Gläubiger-Identifikationsnummer: DE24ZZZ00002044879**

## ERTEILUNG EINES SEPA-LASTSCHRIFTMANDATS

### 1. SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige/Wir ermächtigen die Geschwister-Scholl-Schule, vertreten durch Herrn Rektor Giese, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Geschwister-Scholl-Schule auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Das Lastschriftmandat gilt für folgende Zahlungen:

### Verpflegungsentgelt im Rahmen der Betreuung an der Grundschule Fulda-Rothwesten

Verwendungszweck:                   Mittagsverpflegung Name, Vorname

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Basislastschrift wird mich/uns der oben genannte Zahlungsempfänger über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten. **Die Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt.**

### Angaben zum Zahlungspflichtigen

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Straße und Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ und Ort \_\_\_\_\_

### Angaben zum Kontoinhaber (nur ausfüllen wenn der Kontoinhaber vom Zahlungspflichtigen abweicht)

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Straße und Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ und Ort \_\_\_\_\_

### Bankverbindung (IBAN und BIC / SWIFT finden Sie auf Ihrem Kontoauszug oder in ihrem Online-Banking Portal)

**IBAN**                                    **DE** \_\_\_\_\_

**BIC/SWIFT**                            \_\_\_\_\_

Ort, Datum

Unterschrift des  
Zahlungspflichtigen

Unterschrift des  
Zahlungsleistenden

**WICHTIG!** Das Lastschriftmandat muss der Verwaltung spätestens 4 Wochen vor dem Fälligkeitsdatum vorliegen.  
Eine Abbuchung kann sonst aufgrund der SEPA-Vorschriften nicht erfolgen.  
Die Einreichung per Fax oder E-Mail ist nicht möglich. Bei Rückfragen: Telnr.: 05607-388