

**Zahlungspflichtiger**

Vorname	Name	
Strasse	Hausnummer	
Land-Postleitzahl	Ort	Telefon-Nummer

Telefax-Nr.: 02631-803200

**Gläubiger-Identifikationsnummer:**

DE70ABF00000716121

An die  
Kreisverwaltung Neuwied  
Abteilung 7-70  
- Abfallwirtschaft -

**Kassenzeichen (bitte unbedingt angeben):**

5 0 1 0 4. 

--	--	--	--	--	--

 - 

--

56562 Neuwied

**SEPA-LASTSCHRIFT-MANDAT**

Hiermit ermächtige/n ich/wir die Kreisverwaltung Neuwied, die von mir zu zahlenden Abfallentsorgungsgebühren bei Fälligkeit von dem nachstehenden Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Kreisverwaltung Neuwied auf Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweise: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Basislastschrift wird mich die Kreisverwaltung Neuwied über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten.

Bank
BIC (Bank Identifier Code) *
IBAN (International Bank Account Number) *

\* Diese Informationen erhalten Sie bei Ihrer Bank/Sparkasse und/oder auf Ihren Kontoauszügen bzw. EC-Karte

**Kontoinhaber (nur erforderlich, wenn der Kontoinhaber nicht identisch mit dem Zahlungspflichtigen ist)**

Vorname	Name	
Strasse	Hausnummer	
Land-Postleitzahl	Ort	Telefon-Nummer

Tag	Monat	Jahr	Unterschrift des Kontoinhabers
-----	-------	------	--------------------------------