

Widerruf des erteilten Lastschriftmandats mit

Datum (TT.MM.JJJJ)

sofortiger Wirkung

Wirkung ab



Stadtverwaltung Weikersheim
 Marktplatz 7
 97990 Weikersheim

1. Zahlungspflichtige/r

Familienname		Vorname		
Straße	Hausnummer	PLZ	Ort	
Telefon (Angabe freiwillig)		Fax (Angabe freiwillig)		E-Mail (Angabe freiwillig)

2. Bankverbindung

Kontoinhaber/in: Name		Vorname		
IBAN DE	BIC	Name des Kreditinstituts		

3. Steuer/Gebühr/Beitrag (für die/den den das Lastschriftmandat widerrufen werden soll)

Lfd. Nr.	Kassenzeichen	Bezeichnung der Steuer/des Betrags
1	BZ	
2		
3		
4		
5		

4. Ergänzungen

Mit freundlichen Grüßen

Ort, Datum Weikersheim, den	Unterschrift
--------------------------------	--------------

Vervielfältigung, Nachahmung und Veröffentlichung und elektronische Speicherung nur mit Genehmigung!

Form-Solutions Artikel-Nr. 010009 E-Mail: info@form-solutions.de www.form-solutions.de

