

T +43 6582 797

F +43 6582 797-50

post@saalfelden.at

www.saalfelden.at

**Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschriften:**

Hiermit ermächtige(n) ich/wir Sie widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres Kontos mittels Lastschrift einzuziehen. Damit ist auch meine/unsere kontoführende Bank ermächtigt, die Lastschriften einzulösen, wobei für diese keine Verpflichtung zur Einlösung besteht, insbesondere dann, wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist. Ich/Wir habe(n) das Recht, innerhalb von acht Wochen ab Abbuchungstag ohne Angabe von Gründen die Rückbuchung bei meiner/unserer Bank zu veranlassen.

|  |
| --- |
| Name und genaue Anschrift des Zahlungspflichtigen |
| IBAN des Zahlungspflichtigen | Bankinstitut / BIC |
| Verwendungszweck: (Ihre EDV-Nr. finden Sie im rechten oberen Bereich auf Ihrem Abgabenbescheid.)**Gemeindeabgaben -** **EDV Nr.:** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Die aktuelle Vorschreibung ebenfalls abbuchen(Bitte ankreuzen) | **[ ]**  | Ja, bitte abbuchen. |
| Creditor-ID: AT48ZZZ00000022546 | **[ ]**  | Nein, ich werde den Vorschreibebetrag dieses Mal noch selbst überweisen. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ich bin mit der elektronischen Zustellungvon Poststücken der Gemeinde einverstanden.(Bitte ankreuzen) | **[ ]**  | Ja |
|  |  | Meine E-Mail Adresse: |
|  |  |       |

|  |  |
| --- | --- |
| An (Zahlungsempfänger) | Ort, Datum |
| **Stadtgemeinde SaalfeldenRathausplatz 1****5760 Saalfelden** | Unterschrift/en des/der verfügungsberechtigten Kontoinhaber |