

Anschrift: _____

Amt Mitteldithmarschen
Fachdienst Finanzwirtschaft
Roggenstraße 14
25704 Meldorf

Bitte nicht faxen oder mailen, da die Originalunterschrift benötigt wird.

Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen wegen Erhebung von Steuern, Gebühren, Beiträgen, Mieten, Pachten oder Erbbauzinsen für

bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos bei der

DE _____
IBAN

_____ BIC

durch Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Amt Mitteldithmarschen auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen. Mir ist bekannt, dass ich innerhalb von 8 Wochen – beginnend mit dem Belastungsdatum – die Erstattung des belasteten Betrages verlangen kann. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

☐ Wiederkehrende Zahlung ☐ Einmalige Zahlung

(Unterschrift)