Anlage 1

SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtigen die Stadt Cloppenburg, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir
mein/unser Kreditinstitut an, die von der GS St. Augustinus auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Ich kann/wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

_____ _____ _____
Vorname und Name (Kontoinhaber) Name des Kindes Klasse

_____
Straße und Hausnummer

_____
Postleitzahl und Ort

_____
Kreditinstitut (Name)

D	E																				

IBAN (Bankverbindung)

BIC

_____
Datum, Ort und Unterschrift