

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers:

**Abwasserzweckverband „Mittlerer Weisachgrund“, Hauptstraße 24, 96126
Maroldsweisach**

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE78ZZZ00000957895

Mandatsreferenz: Wird separat mitgeteilt

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige den Abwasserzweckverband „Mittlerer Weisachgrund“, wiederkehrend Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, den Abwasserzweckverband „Mittlerer Weisachgrund“ auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Name:	
Anschrift:	
Personenkonto-Nr.:	

Kreditinstitut (Name): _____ BIC _____

IBAN des Zahlungspflichtigen:

DE ___ / _____ / _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber): _____

Hinweis: Das Mandat kann für folgende Leistungen eingesetzt werden

Für alle Fälle im Gemeindegebiet oder folgende Objekte:

Straße, Hausnummer, Flurnummer, etc.:

Für folgende Zahlungsart(en): alle gemeindlichen Gefälle: oder folgende Bereiche:

Kanalgebühren (Abschlag und Abrechnung)

Ergänzungsbeiträge

Verbesserungsbeiträge

Bitte wenden

Name:		Vorname:	Geburtsdatum:
1	Ich erteile o. g. Stelle meine ausdrückliche Einwilligung zur Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für nachfolgend näher bezeichnete Zwecke:		
<hr/> <hr/>			
2	Folgende personenbezogene Daten sind von der Verarbeitung betroffen:		
<hr/> <hr/>			
3	Die Verarbeitungstätigkeit umfasst Folgendes:		
A	Erheben bei:		
<hr/>			
B	Speichern		
<hr/>			
C	Weitergabe der Daten an andere Stellen innerhalb der Institution (bspw. örtl. Sozialhilfeträger, Jugendamt):		
<hr/> <hr/>			
	nachfolgend benannte andere Institutionen (bspw. Landes-/Bundesbehörden, andere Kommunalverwaltungen etc.):		
<hr/> <hr/>			
D	nachfolgend benannte sonstige Dritte (bspw. privatrechtliche Institutionen, Ärzte, Privatpersonen):		
<hr/> <hr/>			
E	Soweit Beschäftigte o. g. Stelle einem besonderen Geheimnis unterliegen (bspw. § 203 StGB Privatgeheimnis), entbinde ich diese von deren Verschwiegenheitspflicht zu vorgenanntem Zweck.		
F	Soweit Dritte (vgl. 3A) einer besonderen Schweigepflicht unterliegen, entbinde ich diese davon gegenüber o. g. Stelle.		
<hr/>			
4	Über die Ablehnung der Einwilligung bzw. die Folgen eines Widerrufs wurde ich belehrt. Eine Kopie dieser Einwilligung wurde mir ausgehändigt. Ferner habe ich die Informationen nach Art. 13 Datenschutz-Grundverordnung zur Kenntnis genommen.		
Datum		Unterschrift	
<hr/>		<hr/>	

Bitte Zutreffendes ankreuzen (☐). Unzutreffendes bitte vollständig ausfüllen (☐). Soweit keine Auswahl erfolgt, gilt die Einwilligung in diesem Punkt für nicht erteilt.