‚Unser Bus‘ – Nutzungsantrag

FORD Transit, EM-SK 109

Stadt Kenzingen
Bürgerbüro
Hauptstraße 15
79341 Kenzingen

Telefon: 07644 900-0
Telefax: 07644 900-160
E-Mail: post@kenzingen.de
Internet: www.kenzingen.de

Institution:			
Vertreter (Name, Vorname):			
Straße:			
PLZ, Ort:		Tel. Nr.:	
Zweck:			
Zeitraum:	von	bis	
Fahrer (Name, Vorname, Anschrift):			
Datum, Unterschrift:			

‚Unser Bus' – Nutzungsantrag
FORD Transit, EM-SK 109

Die Bezahlung erfolgt:

☐	durch Überweisung
☐	durch Barzahlung bei der Stadtkasse Kenzingen
☐	durch Abbuchung **Hierzu ist die Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats erforderlich**.

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Zahlungsempfänger:	Stadtkasse Kenzingen
Straße, PLZ, Ort:	Hauptstraße 15, 79341 Kenzingen, Telefon: 07644 900-125, Telefax 07644 900-160
Gläubiger-Identifikationsnummer:	
Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen): **Nicht per Telefax, Computerfax oder E-Mail übermitteln.** **Die Originalunterschrift ist erforderlich.**	

Einzugsermächtigung:
Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.

SEPA-Lastschriftmandat:
Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein /weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: 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.

Zahlungsart:	☐ Wiederkehrende Zahlung ☐ Einmalige Zahlung
Name des Zahlungspflichtigen: (Kontoinhaber)	
Straße, PLZ, Ort:	
Telefon und E-Mail: (freiwillige Angaben)	
IBAN des Zahlungspflichtigen: (max. 22 Stellen)	D E
BIC: (8 oder 11 Stellen)	
Ort, Datum:	
Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen: (Kontoinhaber)	