

Hiermit ermächtige ich die **Samtgemeindekasse Steimbke** jederzeit widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen zu Lasten meines Girokontos mittels Lastschrift einzuziehen.

IBAN

BIC

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. Diese Vollmacht hat so lange Gültigkeit, bis ich sie der Samtgemeindekasse Steimbke gegenüber schriftlich widerrufe. Falls mein Konto nicht die erforderliche Deckung aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung.

Ort, Datum,

Unterschrift des Kontoinhabers

