

Widerruf des erteilten Lastschriftmandats mit

sofortiger Wirkung Wirkung ab

Gemeinde Walddorfhäslach
Gemeindekasse

Hauptstraße 9

72141 Walddorfhäslach

1. Zahlungspflichtige/r

Familiennamen		Vorname		
Straße		Hausnummer	PLZ	Ort
Telefon (Angabe freiwillig)		Fax (Angabe freiwillig)		E-Mail (Angabe freiwillig)

2. Bankverbindung

Kontoinhaber/in: Name		Vorname		
IBAN DE		BIC	Name des Kreditinstituts	

3. Steuer/Gebühr/Beitrag (für die/den den das Lastschriftmandat widerrufen werden soll)

Lfd. Nr.	Kassenzeichen	Bezeichnung der Steuer/des Betrags
1		
2		
3		
4		
5		

4. Ergänzungen

--

Mit freundlichen Grüßen

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------