SEPA-Lastschriftmandat

Abfallwirtschaft Ludwigslust-Parchim AöR
Lindenstraße 30
19288 Ludwigslust

E-Mail: alp@kreis-lup.de
Fax: 03871/722-777000

Gläubiger-Identifikationsnr.: **DE84ZZZ00000279660**
Mandatsreferenz: **wird separat mitgeteilt**

Bitte ankreuzen:
☐ neues SEPA-Lastschriftmandat ☐ Änderung eines bestehenden SEPA-Lastschriftmandats

Ich ermächtige die Abfallwirtschaft Ludwigslust-Parchim AöR (ALP AöR), die Gebühren für die Abfallentsorgung bei Fälligkeit von meinem Konto mittels Lastschrift für folgendes Objekt einzuziehen.

Kundennummer: ______________________________

Grundstücksanschrift (Standort Abfallbehälter):

Name, Vorname: ____

Straße, Hausnummer: ____

PLZ, Ort: ____

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der ALP AöR 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. Ich bin damit einverstanden, dass zur Erleichterung des Zahlungsverkehrs, die Frist für die Vorabinformation auf 2 Tage verkürzt werden kann.

Wichtig! Offenstehende Beträge können abgebucht werden: ☐ ja ☐ nein (Rückstände werden eingezahlt)

Bitte ankreuzen! Einzug zum:
☐ Dreimonatszeitraum laut Fälligkeitsvorgaben (15.02.; 15.05.; 15.08.; 15.11.)
☐ 1. Juli gesamten Erhebungsbetrag (ab Folgejahr möglich, aktuelles Jahr: Abbuchung im Dreimonatszeitraum)

Kontoinhaber Name, Vorname: ____

Telefon und/oder Email (optional): ____

Straße, Hausnummer: ____

PLZ, Ort: ____

Kreditinstitut (Name): ____

_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
BIC

_ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _
IBAN

____
Ort und Datum

____
Unterschrift des Kontoinhabers