



Bitte ausfüllen, unterschreiben und im **Original** zurück an:

Gemeinde Karlsfeld - Gemeindekasse -  
Gartenstraße 7, 85757 Karlsfeld

**SEPA-Lastschrift-Mandat  
SEPA Direct Debit Mandate**

Gläubiger Identifikationsnummer: DE40GKA00000024372

Finanzadresse (FAD)

Mandatsreferenz

**WIRD GESONDERT MITGETEILT**

Nachname, Vorname (Kontoinhaber) / Debtor name

Straße und Hausnummer / Street name and number

Postleitzahl und Ort / Postal code and city Land / Country:

Ich ermächtige/Wir ermächtigen (A) die **Gemeinde Karlsfeld**, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der **Gemeinde Karlsfeld** auf mein/unser Konto eingezogenen 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.

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor **Gemeinde Karlsfeld**, to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor **Gemeinde Karlsfeld**.

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

**Wichtiger Hinweis:**

**Im Falle einer Rücklastschrift (das Konto weist z. B. nicht die erforderliche Deckung auf) erlischt das Mandat. Es muss ein neues SEPA-Mandat erteilt werden.**

**Hinweis für Unternehmen:** Die Firma ist nicht berechtigt, nach der erfolgten Einlösung eine Erstattung des belasteten Betrages zu verlangen. Die Firma ist berechtigt, ihr Kreditinstitut bis zum Fälligkeitstag anzuweisen, Lastschriften nicht einzulösen.

Zahlungsart / Type of payment:

wiederkehrende Zahlung / recurrent payment

einmalige Zahlung / one-off payment

IBAN

BIC (8 oder 11 Stellen / 8 or 11 characters)

**Soll dieses Lastschriftmandat nur für bestimmte Abgaben/Gebühren gelten, geben Sie diese bitte an / Should this direct debit mandate apply only to certain taxes/fees, please specify them:**



Ort, Datum/Location, Date

**X**

Unterschrift/Signature(s) of the debtor

**Hinweise zum Datenschutz nach Art. 13 Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO):**

Verantwortlich für die Verarbeitung dieser Daten ist die Gemeinde Karlsfeld, Gartenstr. 7, 85757 Karlsfeld.

Weitere Informationen über die Verarbeitung Ihrer Daten können Sie im Internet unter [www.karlsfeld.de/datenschutz-gemeinde](http://www.karlsfeld.de/datenschutz-gemeinde) abrufen. Sie unseren Datenschutzbeauftragten unter der Telefonnummer 08131/99-0, datenschutz@karlsfeld.de oder unter Gemeinde Karlsfeld, Datenschutzbeauftragter, Gartenstr. 7, 85757 Karlsfeld erreichen.

Ihnen steht des Weiteren ein Beschwerderecht beim Bayerischen Landesbeauftragten für den Datenschutz zu