

# Amt Odervorland

Sitz Briesen (Mark)

## Der Amtsdirektor



Amt Odervorland  
Bahnhofstraße 3 – 4  
**15518 Briesen (Mark)**

<b>Finanzverwaltung – Amt 1</b>	
Fachbereich:	Steuern
Zimmer:	05 (Haus 2)
Auskunft erteilt:	Frau Pfau Sachbearbeiterin
Telefon:	(033607) 897 – 41 <b><u>Nur an den Sprechtagen erreichbar!</u></b>
Telefax:	(033607) 897 – 99
E-Mail:	<a href="mailto:amt-odervorland@t-online.de">amt-odervorland@t-online.de</a>
<b>Kassenzeichen:</b> – bei Zahlung und Schriftwechsel unbedingt angeben (falls vorhanden) –	

## Antrag auf Quartalszahler ( Hundesteuer )

### 1. Antragsteller / in

Name	Vorname
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort

### 2. Angaben zu dem Hund /den Hunden für die Quartalszahlung gelten soll

- Die Quartalszahlung der Hundesteuer soll für alle auf den Antragsteller gemeldeten Hunde gelten.  
( ansonsten zutreffende Hunde in folgende Tabelle eintragen )

Hundemarkennummer	Name des Hundes	Rasse

- 3. Ich beantrage, künftig die Hundesteuer in einem Quartalsbetrag entrichten zu können.  
Mir ist bekannt, dass die Hundesteuer zum 15.02. 15.05. 15.08. und 15.11. eines jeden Jahres fällig wird. Änderungen sind nur zum Jahresende möglich und müssen bis 30.09. vorher beantragt werden.**

### 4. Bankverbindung (bitte nur ausfüllen, wenn Hundesteuer per Lastschrift eingezogen werden soll)

- Ich ermächtige die Gemeinde jederzeit widerruflich, die fällige Hundesteuer von meinem Konto einzuziehen. ( Angaben s. Einzugsermächtigung )**

Datum, Unterschrift

**Amt Odervorland**  
Bahnhofstraße 3 – 4  
15518 Briesen (Mark)

**Außenstelle Steinhöfel**  
Demnitzer Straße 7  
15518 Steinhöfel  
[www.amt-odervorland.de](http://www.amt-odervorland.de)

**Sprechzeiten**  
Di. 09:00 - 12:00 Uhr und 13:00 - 18:00 Uhr  
Do. 09:00 - 12:00 Uhr und 13:00 - 16:00 Uhr  
und nach Vereinbarung

**Kontakte**  
Tel.: (033607) 897 – 0  
Fax: (033607) 897 – 99  
[info@amt-odervorland.de](mailto:info@amt-odervorland.de)

**Bankverbindungen**  
Amt Odervorland und die Gemeinden  
Berkenbrück, Briesen (Mark), Jacobsdorf

Sparkasse Oder-Spree  
BIC: WELADED1LOS  
IBAN: DE27 1705 5050 3303 0388 63  
Gläubiger-ID: DE41AOV00000328643

Gemeinde  
Steinhöfel

Sparkasse Oder-Spree  
BIC: WELADED1LOS  
IBAN: DE69 1705 5050 2908 2851 61  
Gläubiger-ID: DE68ZZZ00000250654

Nutzen Sie die Vorteile des Lastschriftinzugsverfahrens und senden Sie diesen Abschnitt bitte ausgefüllt und unterschrieben zurück.

Amt Odervorland  
Bahnhofstraße 3 - 4  
**15518 Briesen (Mark)**

### Abgabepflichtiger

Vorname
Name
Str./ Hausnummer
PLZ/ Ort

## Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandates

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) das Amt Odervorland, Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die vom Amt Odervorland auf mein (unser) Konto gezogenen Lastschriften einzulösen, und zwar

- alle Steuern, Abgaben, Gebühren, Beiträge usw. in der jeweils fälligen Höhe zu den gesetzlichen bzw. vertraglichen Fälligkeitstagen
- nachstehende Zahlungsverpflichtungen zum jeweiligen Fälligkeitstermin
- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Grundsteuer A     | <input type="checkbox"/> Grundsteuer B      | <input type="checkbox"/> Hundesteuer       |
| <input type="checkbox"/> Gewerbesteuer     | <input type="checkbox"/> Elternbeitrag-Kita | <input type="checkbox"/> Pacht             |
| <input type="checkbox"/> Bootsanlegegebühr | <input type="checkbox"/> Zweitwohnsteuer    | <input type="checkbox"/> Friedhofsgebühren |
| <input type="checkbox"/> sonstiges:        | <input type="text"/>                        |  |

**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.

**Ich bin damit einverstanden, dass das angegebene Girokonto auch für Erstattungen verwendet wird. Mir ist bekannt, dass bei einer Rücklastschrift das SEPA-Lastschriftmandat sofort gelöscht wird.**

Kontoinhaber/ Zahler (Name, Firma)	
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort	
Kreditinstitut Kontoinhaber/ Zahler	gültig ab

BIC	IBAN
<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Basislastschrift wird mich das Amt Odervorland über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten.**

Ort, Datum	Eigenhändige Unterschrift d. Zeichnungsberechtigten/ Stempel
------------	--

**Amt Odervorland**  
Bahnhofstraße 3 – 4  
15518 Briesen (Mark)

**Außenstelle Steinhöfel**  
Demnitzer Straße 7  
15518 Steinhöfel  
[www.amt-odervorland.de](http://www.amt-odervorland.de)

#### Sprechzeiten

Di. 09:00 - 12:00 Uhr und 13:00 - 18:00 Uhr  
Do. 09:00 - 12:00 Uhr und 13:00 - 16:00 Uhr  
und nach Vereinbarung

#### Kontakte

Tel.: (033607) 897 – 0  
Fax: (033607) 897 – 99  
[info@amt-odervorland.de](mailto:info@amt-odervorland.de)

#### Bankverbindungen

Amt Odervorland und die Gemeinden  
Berkenbrück, Briesen (Mark), Jacobsdorf

Sparkasse Oder-Spree  
BIC: WELADED1LOS  
IBAN: DE27 1705 5050 3303 0388 63  
Gläubiger-ID: DE41AOV00000328643

Gemeinde  
Steinhöfel

Sparkasse Oder-Spree  
BIC: WELADED1LOS  
IBAN: DE69 1705 5050 2908 2851 61  
Gläubiger-ID: DE68ZZZ00000250654