

Amt Odervorland

Sitz Briesen (Mark)

Der Amtsdirektor



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

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

Abgabepflichtiger:

Vorname
Name
Str./ Hausnummer
PLZ/ Ort

Kassenzeichen:

Bitte angeben, falls vorhanden!

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

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

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