

**Lastschriftmandat**mit  sofortiger Wirkung Wirkung ab

Stadt Detmold  
Stadtkasse  
Bielefelder Straße 1  
32756 Detmold

Gläubiger /in Stadt Detmold
Gläubiger – Identifikations- Nr. DE63DET00000020757

**1. Zahlungspflichtige / Zahlungspflichtiger**

Familiename		Vorname	
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Telefon (Angabe freiwillig)	Fax (Angabe freiwillig)		E-Mail (Angabe freiwillig)

**2. Bankverbindung**

Kontoinhaber/in: Familiename	Vorname
IBAN	BIC
Kreditinstitut	

**3. Kassenzzeichen / Mandatsreferenz (für die das Lastschriftmandat erstellt werden soll)**

	Kassenzzeichen/Mandatsreferenz	Bezeichnung der Steuern/des Betrags
1		
2		
3		
4		
5		

**4. Ergänzungen**

Ich ermächtige die Behörde, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Behörde auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. 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.

Die Stadt Detmold verarbeitet Ihre personenbezogenen Daten, um Ihr Anliegen zu bearbeiten. Wir halten uns dabei stets an die Vorschriften des Datenschutzrechtes sowie anderer einschlägiger Vorschriften. Informationen über die Verarbeitung personenbezogener Daten und über Ihre Rechte nach der Datenschutz-Grundverordnung sowie über Ihre Ansprechpartner in Datenschutzfragen entnehmen Sie bitte der allgemeinen Datenschutzerklärung unter <https://www.detmold.de/datenschutz> oder dem Informationsblatt, welches Sie ebenfalls dort abrufen können oder auf Nachfrage bei dem zuständigen Fachbereich/Team erhalten. Ich habe die Datenschutzerklärung gelesen und nehme diese zur Kenntnis. Ich bin damit einverstanden, dass meine Angaben und Daten elektronisch zu den in der Datenschutzerklärung erläuterten Zwecken erhoben und gespeichert.

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