

Widerruf

einer erteilten Bankeinzugsermächtigung mit

 sofortiger Wirkung
 Wirkung ab

Datum (TT.MM.JJJJ)

Stadt Grevesmühlen Der Bürgermeister Finanzen SG Kasse Rathausplatz 1 23936 Grevesmühlen
--

1. Zahlungspflichtige/r

Familienname		Vorname	
Straße, Hausnummer		PLZ	Ort
Telefon (Angabe freiwillig)	Fax (Angabe freiwillig)	E-Mail (Angabe freiwillig)	

2. Bankverbindung

IBAN		BIC	
Geldinstitut und Ort			
<input type="checkbox"/> ggf. abweichender Kontoinhaber	Name des abweichenden Kontoinhabers		
	Unterschrift des abweichenden Kontoinhabers		

3. Steuer/Gebühr/Beitrag (für die die Bankeinzugsermächtigung widerrufen werden soll)

Lfd. Nr.	Kassenzeichen	Bezeichnung der Steuer/der Gebühr/des Beitrags
1		
2		
3		
4		
5		

4. Ergänzungen

--

Mit freundlichen Grüßen

09.07.2015 Datum Ort
..... Unterschrift