

STADT SCHLÜCHTERN
STAATLICH ANERKANNTER LUFTKURORT
DER MAGISTRAT



Magistrat der Stadt Schlüchtern
Postfach 1452

36374 Schlüchtern

Eingangsstempel der Stadt Schlüchtern

(Wird durch die Stadt Schlüchtern ausgefüllt)

Notizen

I. Zahlungspflichtige (r)

Familienname:
Vorname:
Anschrift:

An die Stadtkasse am:

(Wird durch die Stadt Schlüchtern ausgefüllt)

II. Bankverbindung

Name der Bank:	BLZ:
	Kontonummer:
Beginnend ab:	Sonstiges:

III. Änderungen

<input type="checkbox"/> Steuern und Abgaben, Kassenkonto:	_____
<input type="checkbox"/> Gewerbesteuer, Kassenkonto:	_____
<input type="checkbox"/> Mieten/Pachten, Kassenkonto:	_____
<input type="checkbox"/> Netzbeitrag, Kassenkonto:	_____
<input type="checkbox"/> Straßenbeitrag, Kassenkonto:	_____
<input type="checkbox"/> Sonstiges:	_____

V. Unterschrift

Mit meiner Unterschrift ermächtige ich die Stadtkasse Schlüchtern, die Fälligkeiten für die obige Steuernummer zu Lasten meines Kontos mittels Lastschrift abzurufen. Diese Ermächtigung hat Gültigkeit bis zum Widerruf. (Bitte diesen Abschnitt streichen, wenn kein Einzug erwünscht ist)

1. Zahlungspflichtige (r) lt. Abschnitt I.	–Unterschrift des/der Zahlungspflichtigen–
Ort, Datum	
