

Die Finanzadresse (FAD), so weit vorhanden, entnehmen Sie bitte Ihrem Abgaben- oder Gebührenbescheid.

**Finanzadresse (FAD)**

Stadtkasse Gifhorn  
Marktplatz 1  
38518 Gifhorn  
Fax: 05371 88 258

|                          |                        |                      |   |                      |
|--------------------------|------------------------|----------------------|---|----------------------|
| <input type="checkbox"/> | Grundabgaben           | <input type="text"/> | — | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> | Schmutzwassergebühren  | <input type="text"/> | — | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> | Gewerbesteuer          | <input type="text"/> | — | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> | Hundesteuer            | <input type="text"/> | — | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> | Kindergartengebühren   | <input type="text"/> | — | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> | Sondernutzungsgebühren | <input type="text"/> | — | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> | Marktgebühren          | <input type="text"/> | — | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> | Sonstige Forderungen   | <input type="text"/> | — | <input type="text"/> |

**Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats**

Ich ermächtige/Wir ermächtigen die Stadtkasse Gifhorn, Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Stadtkasse Gifhorn auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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.

**Hinweis der Stadtkasse:** Mitgeteilte Zahlungsbeträge werden zu den angegebenen Fälligkeitsterminen eingezogen.

**Zahlungsempfänger:** Stadtkasse Gifhorn, Marktplatz 1, 38518 Gifhorn  
**Gläubiger-Identifikationsnummer:** DE16 ZZZ 0000 0000 942

**Mandatsreferenz** WIRD SEPARAT MITGETEILT

**Zahlungspflichtige/r:** (Die mit einem \* gekennzeichneten Felder sind Pflichtfelder)

|                      |  |                      |                      |                      |  |
|----------------------|--|----------------------|----------------------|----------------------|--|
| Name *               |  | Vorname *            |                      | Firma *              |  |
| <input type="text"/> |  | <input type="text"/> |                      | <input type="text"/> |  |
| Straße *             |  | Hausnummer*          | PLZ *                | Ort *                |  |
| <input type="text"/> |  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |  |

**Kontodaten:**

|                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| IBAN Kontonummer *   | BIC                  | Name der Bank *      |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

**Kontoinhaber/in (nur ausfüllen, falls Zahlungspflichtige/er nicht Koninhaber/in ist)**

|                      |  |                      |                      |                      |  |
|----------------------|--|----------------------|----------------------|----------------------|--|
| Name                 |  | Vorname              |                      | Firma                |  |
| <input type="text"/> |  | <input type="text"/> |                      | <input type="text"/> |  |
| Straße               |  | Hausnummer           | PLZ                  | Ort                  |  |
| <input type="text"/> |  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |  |

**Bitte beachten Sie:** Sollte die Abbuchung zwei Mal fehlschlagen, ist das Lastschriftmandat mit sofortiger Wirkung erloschen.

Gifhorn, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift Kontoinhaber/in bzw. Verfügungsberechtigte/r)