

# Einzugsermächtigung



Magistrat der Stadt  
Ober-Ramstadt  
Darmstädter Straße 29  
64372 Ober-Ramstadt

## Angaben zur Person des Kontoinhabers / der Kontoinhaberin

Anrede:

Name:

Vorname:

Straße:

Wohnort:

E-Mail:

Telefon:

Der Gemeinschaftskasse der Gemeinden des Landkreises Darmstadt-Dieburg wird die jederzeit widerrufliche Ermächtigung erteilt, die bei den nachfolgend genannten Kassenzeichen entstehenden Forderungen zur Fälligkeit von meinem/unserem Konto abzubuchen. (Hinweis: Eine Abbuchung von einem Sparkonto ist nicht möglich!)

Bank:

Konto-Nr:

BLZ:

## Art der Forderung (zutreffendes bitte ankreuzen)

## Kassenzeichen

- |                          |  |                        |
|--------------------------|--|------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <b>Grundbesitzabgaben<br/>Objekt / Grundstückslage</b> | <b>431</b>             |
| <input type="checkbox"/> | <b>Hundesteuer</b>                                     | <b>431</b>             |
| <input type="checkbox"/> | <b>Gewerbesteuer</b>                                   | <b>431</b>             |
| <input type="checkbox"/> | <b>Kindertagesstättengebühren</b>                      | <b>431</b>             |
| <input type="checkbox"/> | <b>Miete</b>   | <b>431</b>             |
| <input type="checkbox"/> | <b>Pacht</b>   | <b>431</b>             |
| <input type="checkbox"/> | .....  | <b>Kassenz.:</b> ..... |

Diese Ermächtigung gilt ab sofort, bzw. ab der Fälligkeit \_\_\_\_\_, solange bis ich / wir diese der Gemeinschaftskasse Darmstadt-Dieburg gegenüber schriftlich widerrufen.

Ober-Ramstadt, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Kontoinhabers / der Kontoinhaberin