

Bitte zurücksenden

per E-Mail an: kundenbetreuung@tzv-kamenz.de
oder per Post an Trinkwasserzweckverband „Kamenz“

Bereich: Kundenbetreuung
Telefon: 03578 377 200
E-Mail: kundenbetreuung@tzv-kamenz.de
Internet: www.tzv-kamenz.de

Gläubiger-Identifikationsnummer Mandatsreferenz**

DE16ZZZ00002407803	
--------------------	--

Kundennummer Vertragskonto-Nummer**

--	--

Zahlungsart Beginn / Gültig ab

Wiederkehrende Zahlung	
------------------------	--

für die Abrechnung der Medien

Trinkwasser Sonstiges

Kundendaten (aktuelle Rechnungsanschrift)

Name, Vorname des Zahlungspflichtigen	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße, Hausnummer	PLZ / Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Bankverbindung (Zahlungspflichtigen / Kontoinhabers)

IBAN

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

BIC

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Ich ermächtige den Trinkwasserzweckverband „Kamenz“ (TZV-Kamenz), Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom TZV-Kamenz auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.
Hinweis: 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.

Kontoinhaber (nur auszufüllen wenn abweichender Kontoinhaber)

Name	Vorname
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße, Hausnummer	PLZ / Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<hr/>

Ort, Datum: _____ Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen und des Kontoinhabers:

(**wird vom Trinkwasserzweckverband „Kamenz“ ausgefüllt)