

**Zahlungspflichtiger**

Vorname

Name

Strasse

Hausnummer

Land-Postleitzahl

Ort

Telefon-Nummer

Telefax-Nr.: 02631-803200

An die  
Abfallwirtschaft Landkreis Neuwied  
Anstalt des öffentlichen Rechts  
Carl-Borgward-Str. 12  
56566 Neuwied

**Gläubiger-Identifikationsnummer:**  
DE35ZZZ00002375936

**Kassenzeichen** (bitte unbedingt angeben):

5 0 1 0 4.  -

**SEPA-LASTSCHRIFT-MANDAT**

Hiermit ermächtige/n ich/wir die Abfallwirtschaft Landkreis Neuwied AöR, die von mir zu zahlenden Abfallentsorgungsgebühren bei Fälligkeit von dem nachstehenden Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Abfallwirtschaft Landkreis Neuwied AöR auf Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweise: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Bitte beachten Sie, dass bei einem Widerruf der Lastschrift nach einer Abbuchung, Bankgebühren anfallen können.

Bank

BIC (Bank Identifier Code) \*

IBAN (International Bank Account Number) \*

\* Diese Informationen erhalten Sie bei Ihrer Bank/Sparkasse und/oder auf Ihren Kontoauszügen bzw. EC-Karte

**Kontoinhaber (nur erforderlich, wenn der Kontoinhaber nicht identisch mit dem Zahlungspflichtigen ist)**

Vorname

Name

Strasse

Hausnummer

Land-Postleitzahl

Ort

Telefon-Nummer

Tag    Monat    Jahr

Unterschrift des Kontoinhabers