

**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
-----	-------	------	--------------------------------