

# Amt Odervorland

Sitz Briesen (Mark)

## Die Amtsdirektorin



Amt Odervorland, Bahnhofstraße 3 - 4, 15518 Briesen (Mark)

Amt Odervorland  
Bahnhofstraße 3 - 4

**15518 Briesen (Mark)**

### Abgabepflichtiger:

Vorname
Name
Str./ Hausnummer
PLZ/ Ort

### Kassenzeichen:

Bitte angeben, falls vorhanden!

## Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandates

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) das Amt Odervorland, Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die vom Amt Odervorland auf mein (unser) Konto gezogenen Lastschriften einzulösen, und zwar

- alle Steuern, Abgaben, Gebühren, Beiträge usw. in der jeweils fälligen Höhe zu den gesetzlichen bzw. vertraglichen Fälligkeitstagen  
 nachstehende Zahlungsverpflichtungen zum jeweiligen Fälligkeitstermin

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Grundsteuer A     | <input type="checkbox"/> Grundsteuer B      | <input type="checkbox"/> Hundesteuer       |
| <input type="checkbox"/> Gewerbesteuer     | <input type="checkbox"/> Elternbeitrag-Kita | <input type="checkbox"/> Pacht             |
| <input type="checkbox"/> Bootsanlegegebühr | <input type="checkbox"/> Zweitwohnsteuer    | <input type="checkbox"/> Friedhofsgebühren |
| <input type="checkbox"/> sonstiges:        | <input type="text"/>                        |  |

**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.

**Ich bin damit einverstanden, dass das angegebene Girokonto auch für Erstattungen verwendet wird. Mir ist bekannt, dass bei einer Rücklastschrift das SEPA-Lastschriftmandat sofort gelöscht wird.**

Kontoinhaber/ Zahler (Name, Firma)	
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort	
Kreditinstitut Kontoinhaber/ Zahler	gültig ab

BIC	IBAN
<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Basislastschrift wird mich das Amt Odervorland über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten.**

Ort, Datum	Eigenhändige Unterschrift d. Zeichnungsberechtigten/ Stempel
------------	--

**Amt Odervorland**  
Bahnhofstraße 3 – 4  
15518 Briesen (Mark)

**Außenstelle Steinhöfel**  
Demnitzer Straße 7  
15518 Steinhöfel  
[www.amt-odervorland.de](http://www.amt-odervorland.de)

**Sprechzeiten**  
Di. 09:00-12:00 Uhr und 13:00 - 18:00 Uhr  
Do. 09:00-12:00 Uhr und 13:00 -16:00 Uhr  
und nach Vereinbarung

**Kontakte**  
Tel.: (033607) 897 – 0  
Fax: (033607) 897 – 99  
[amt-odervorland@t-online.de](mailto:amt-odervorland@t-online.de)

**Bankverbindungen**  
Amt Odervorland und die Gemeinden  
Berkenbrück, Briesen (Mark), Jacobsdorf

Sparkasse Oder-Spree  
BIC: WELADED1LOS  
IBAN: DE27 1705 5050 3303 0388 63  
Gläubiger-ID: DE41 AOV0 0000 3286

Gemeinde  
Steinhöfel

Sparkasse Oder-Spree  
BIC: WELADED1LOS  
IBAN: DE69 1705 5050 2908 2851 61  
Gläubiger-ID: DE68 ZZZ 0000 0250 654