



Wiederkehrende Zahlungen / Recurrent Payments

Erzbistum Hamburg (Schulträger)  
Abteilung Schule und Hochschule  
Am Mariendom 4  
20099 Hamburg

**Daten des Vertragspartners (Absender)**

Schulgeld  GBS

Name des Kindes / ggf. Debitorennummer

Name, Vorname

Straße und Hausnummer

PLZ und Wohnort

**Erteilung eines Lastschriftmandats**

Ich / Wir ermächtige(n) das **Erzbistum Hamburg**, Zahlungen mittels Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen. Zugleich weise(n) ich / wir unser Kreditinstitut an, die vom Erzbistum Hamburg auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

**Hinweis:** Ich kann / wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belastenden Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ich / wir bin / sind damit einverstanden, dass zur Erleichterung des Zahlungsverkehrs die grundsätzlich 14-tägige Frist für die Information vor Einzug einer fälligen Zahlung auf einen Tag vor Belastung verkürzt wird.

Kontoinhaber_in	_____
Name der Bank	_____
IBAN	DE _____

Wenn das oben genannte Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung; daraus entstehende Kosten gehen zu Lasten des Kontoinhabers.

Die Einzugsermächtigung wird für die Dauer der Vertragslaufzeit erteilt. Die Einzugsermächtigung kann jederzeit fristlos gekündigt werden. Hierzu bedarf es der Schriftform. Die Kündigung ist an den Schulträger zu richten.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (en)