

**SEPA-Lastschriftmandat****Bitte zurück an die  
Schule bis spätestens  
28.02.2025!**

Zahlungsempfänger: **Stadt Osnabrück  
Altstädter Schule  
Lotter Straße 6  
49078 Osnabrück**

Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE21ALT00000015693**

**SEPA-Lastschriftenmandat für wiederkehrende Zahlungen**

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. 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.

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor (name see above) to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor (name see above). As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

***Wenn Ihr Kind am Mittagessen teilnehmen soll, muss dieser Abschnitt ausgefüllt werden, auch wenn Sie leistungsberechtigt sind!***

***If your child is to take part in lunch, this section must be completed, even if you are entitled to benefits!***

**Angaben zum Zahlungspflichtigen/zur Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber/in):**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße und Hausnummer: \_\_\_\_\_

Postleitzahl und Ort: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

Kreditinstitut: \_\_\_\_\_

Mandatsreferenz: \_\_\_\_\_

(Name, Vorname,  
Geb-Datum Ihres Kindes)\_\_\_\_\_  
Ort, Datum\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Zahlungspflichtigen/des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber/in)