

**Zahlungspflichtige/r**

Name	Vorname
Straße	PLZ, Wohnort

Magistrat der Stadt Fulda  
 - Stadtkasse -  
 Postfach 2052  
 36010 Fulda

**Lastschrift-Einzugsermächtigung**

Hiermit ermächtige ich bis auf Widerruf die Stadtkasse Fulda, fällige Zahlungen für nachfolgende Forderungen von meinem Girokonto abzubuchen.

ab sofort     ab Fälligkeitsdatum  
 \_\_\_\_\_

Kassenzeichen	Grund der Zahlung
Kassenzeichen	Grund der Zahlung
Kassenzeichen	Grund der Zahlung

**Kontoverbindung**

Bank/Sparkasse	
Kontonummer	Bankleitzahl

**Kontoinhaber/Kontoinhaberin** (sofern vom Zahlungspflichtigen abweichend)

Name	Vorname
Ort, Datum	Unterschrift des Kontoinhabers

**Bearbeitungsvermerk der Stadtkasse**

--

**Telefon: (06 61) 10 2-12 52, -12 53 oder -12 54      Telefax: (06 61) 1 02-22 51**

**E-Mail: [stadtkasse@fulda.de](mailto:stadtkasse@fulda.de)**