

# GROSSE KREISSTADT ROCHLITZ

Stadtverwaltung Rochlitz, Postfach 11 55, 09301 Rochlitz  
Markt 1, 09306 Rochlitz



## ERKLÄRUNG ZUR TEILNAHME AM ABBUCHUNGSVERFAHREN

### I. Antragsteller

Name	
Vorname	
Anschrift	Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort, Telefon

### II. Gegenstand des Antrages

Hiermit erteile ich widerruflich mein Einverständnis, dass durch die Stadtverwaltung Rochlitz von meinem Konto folgende durch mich zu begleichende Zahlungen zum jeweiligen Fälligkeitstermin abgebucht werden:

Datum des Beginns	ab:
IBAN	
BIC	
Bank	

Abgabeart	Kassenzeichen	Jahreszahler (fällig am 01. Juli)	
<input type="checkbox"/> Grundsteuer A 0202		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Grundsteuer B 0203		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Hundesteuer 0309		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Gewerbesteuer 0320		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Garagenpacht 0123		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Gartenpacht 0125		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Miete 0121		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> sonst. Pacht 0225		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Rückstand Vorjahre		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Ich bin auch dann mit einer Abbuchung einverstanden, wenn sich Beträge regelmäßig zu entrichtender Zahlung ändern, sofern mir ein schriftlicher Änderungsbescheid erteilt wurde. Ich werde dafür Sorge tragen, dass zu den Fälligkeitsterminen ausreichend Deckung auf meinem Konto vorhanden ist. Sollten dennoch Rücklastgebühren mangels Deckung auftreten, ist die Stadtkasse der Stadtverwaltung Rochlitz berechtigt, diese Gebühren vom oben genannten Konto abzubuchen.

Eine Änderung meiner Kontonummer teile ich mindestens zwei Wochen vor dem nächsten Fälligkeitstermin der Stadtkasse mit.

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------