

Name und Anschrift des Teilnehmers (nur wenn abweichend vom Kontoinhaber)
Stadt Brandenburg an der Havel Der Oberbürgermeister Volkshochschule Upstallstraße 25  14772 Brandenburg an der Havel  Fax: 03381/584304

## Lastschriftmandat

Mandats- referenznummer	
Gläubiger- Identifikationsnummer	<b>DE13ZZZ00000018553</b>

### 1. Kontoinhaber/-in

Familiename (in Druckbuchstaben)		Vorname	
Straße/ Hausnr.		PLZ	Ort
Telefon	Fax	E-Mail	

### 2. Umfang des Mandats

Kursnummer/n (einmaliger Einzug)	Zusätzliche Bemerkungen
----------------------------------	-------------------------

### 3. Bankverbindung

IBAN	BIC (nur erforderlich, wenn IBAN nicht mit DE beginnt)
Name des Kreditinstituts	

### 4. SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die oben genannte Behörde, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der oben genannten Behörde auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. **In die zu diesem Zwecke erforderliche Verarbeitung und Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Stadtkasse willige ich hiermit ein.**

-----  
Ort, Datum

-----  
Unterschrift des Kontoinhabers

**Hinweis:** Sie können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit Ihrem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Über den einzuziehenden Betrag und die Mandatsreferenznummer werden Sie mit der Kursbestätigung informiert.

**Hinweis zum Datenschutz:** Die Einwilligung in die Datenverarbeitung erfolgt auf freiwilliger Basis. Es besteht das Recht, die Einwilligung zur Verarbeitung der personenbezogenen Daten und damit für das bestehende SEPA-Lastschriftmandat jederzeit mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen.

Der Widerruf ist zu richten an:

Stadt Brandenburg an der Havel  
Amt 43 - Volkshochschule  
[auskunft@vhs-brandenburg.de](mailto:auskunft@vhs-brandenburg.de)

Weitere Hinweise zum Datenschutz finden Sie unter:

<https://www.stadt-brandenburg.de/datenschutz>