

Absender:  
(Name, Straße, PLZ u. Ort)

Stadt Königswinter  
Stadtkasse  
Dollendorfer Straße 39  
53639 Königswinter

oder per Fax an 02244/889-271

Erste Ermächtigung

Änderung der Kontonummer

Kassenzeichen:

### Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich die Stadt Königswinter unter dem Vorbehalt des jederzeitigen Widerrufs, die von mir zu dem o.a. Kassenzeichen zu entrichtenden Zahlungen zum jeweiligen Fälligkeitstermin von meinem Konto

Nummer:	
bei der:	
BLZ:	

<i>Nur wenn abweichender Kontoinhaber:</i>	
--	--

anzufordern.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Kontoinhaber

*Bei abweichendem Kontoinhaber zusätzlich*

\_\_\_\_\_  
Unterschrift abweichender Kontoinhaber