

| | |
|---------------|-----------------------|
| Name, Vorname | Telefon-Nr. |
| Straße | PLZ, Wohnort Fulda |

Magistrat der Stadt Fulda
 Stadtkämmerei
 Steuern und Beteiligungen
 Schlossstraße 1
 36037 Fulda

Anmeldung zur Hundesteuer

1. Hund

| | | |
|--|---|------------|
| in den Haushalt aufgenommen bzw. nach Fulda gezogen am | Rasse (auch bei Mischlingen / Kreuzungen) | |
| Alter (Jahre)/Wurfdatum | Farbe | Geschlecht |

2. Hund

| | | |
|--|---|------------|
| in den Haushalt aufgenommen bzw. nach Fulda gezogen am | Rasse (auch bei Mischlingen / Kreuzungen) | |
| Alter (Jahre)/Wurfdatum | Farbe | Geschlecht |

3. Hund

| | | |
|--|---|------------|
| in den Haushalt aufgenommen bzw. nach Fulda gezogen am | Rasse (auch bei Mischlingen / Kreuzungen) | |
| Alter (Jahre)/Wurfdatum | Farbe | Geschlecht |

| | |
|-----------------|---|
| Datum Fulda, | Unterschrift  |
|-----------------|---|

Bitte reichen Sie das Formular vollständig ausgefüllt und unterschrieben ein

Nicht ausfüllen, wird von der Stadtkämmerei - Abteilung Steuern und Beteiligungen - bearbeitet

zu versteuern ab

Hundemarke-Nr.

Sollstellung

Datenschutzhinweis:

Informationen über die Verarbeitung personenbezogener Daten im Bereich Steuern und Grundabgaben und über Ihre Rechte nach der Datenschutz-Grundverordnung sowie über Ihre Ansprechpartner in Datenschutzfragen entnehmen Sie bitte unserem Informationsschreiben „Datenschutzhinweise für Bürgerinnen und Bürger und andere Betroffene für den Bereich Steuern und Grundabgaben“. Dieses Informationsschreiben finden Sie auf www.fulda.de unter der Rubrik Bürgerservice, Formulare/Online-Dienste, Steuern, Datenschutzhinweise (<https://www.fulda.de/index.php?id=50>) oder erhalten Sie bei der Kämmerei der Stadt Fulda.

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats für wiederkehrende Zahlungen

Zahlungsempfänger

Magistrat der Stadt Fulda
Stadtkasse
Postfach 2052
36010 Fulda

Gläubiger-Identifikationsnummer

DE56ZZZ00000051923

Mandatsreferenznummer

(vom Zahlungsempfänger auszufüllen)

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger 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.

Zahlungspflichtige/r

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefonnummer

Kontoinhaber/in

(falls vom Zahlungspflichtigen abweichend)

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefonnummer

IBAN (diese Angaben entnehmen Sie bitte dem Kontoauszug Ihres Bankinstituts)

DE _ _ | _ _ | _ _ | _ _ | _ _ | _ _

BIC

_ _ _ _ _

ab sofort

ab Fälligkeitsdatum

Kassenzeichen

Grund der Zahlung

(bei Kostenbeiträgen für Kindertagesbetreuung und Musikschulgebühren bitte auch Name des Kindes angeben)

Der Kontoinhaber erklärt sich damit einverstanden, dass die im SEPA-Lastschriftverfahren erforderlichen Vorabankündigungen immer an den Zahlungspflichtigen/Empfangsberechtigten gerichtet werden und dieser die Benachrichtigung des Kontoinhabers übernimmt bzw. der Kontoinhaber mit der Unterrichtung des Zahlungspflichtigen/Empfangsberechtigten als unterrichtet gilt. Darüber hinaus gilt als vereinbart, dass die Frist für die Information vor Einzug einer fälligen Zahlung mindestens einen Tag vor Belastung beträgt.

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers

Bitte senden Sie uns dieses Formular nur im Original zurück. Die Übermittlung per Fax oder E-Mail ist nicht möglich.