‚Unser Bus' – Nutzungsantrag

FORD Transit, EM-SK 109

Stadt Kenzingen
Bürgerbüro
Hauptstraße 15
79341 Kenzingen

Telefon: 07644 900-0
Telefax: 07644 900-160
E-Mail: post@kenzingen.de
Internet: www.kenzingen.de

Institution:			
Vertreter (Name, Vorname):			
Straße:			
PLZ, Ort:		Tel. Nr.:	
Zweck:			
Zeitraum:	von	bis	
Fahrer (Name, Vorname, Anschrift):			
Datum, Unterschrift:			

Die Satzung über die Nutzung des Bürgerbusses der Stadt Kenzingen vom 22. September 2022 wurde eingesehen und akzeptiert.

Es besteht grundsätzlich Reinigungspflicht für den Innenraum, bei starker Verschmutzung auch für Außen. Bei Nichterfüllung der Reinigungspflicht bei sichtbaren Verschmutzungen und Fußabdrücken durch z.B. Gebäck-Krümel, Laub, Waldboden, Sand, Flecken, Schlamm, werden mindestens 35 € plus etwaigen Nutzungsausfall berechnet.

‚Unser Bus' – Nutzungsantrag

FORD Transit, EM-SK 109

Die Bezahlung erfolgt:

☐	durch Überweisung
☐	durch Barzahlung bei der Stadtkasse Kenzingen
☐	durch Abbuchung **Hierzu ist die Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats erforderlich**.

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Zahlungsempfänger:	Stadtkasse Kenzingen
Straße, PLZ, Ort:	Hauptstraße 15, 79341 Kenzingen, Telefon: 07644 900-125, Telefax 07644 900-160
Gläubiger-Identifikationsnummer:	
Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen): **Nicht per Telefax, Computerfax oder E-Mail übermitteln.** **Die Originalunterschrift ist erforderlich.**	

Einzugsermächtigung:
Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.

SEPA-Lastschriftmandat:
Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein /weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) 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.

Zahlungsart:	☐ Wiederkehrende Zahlung ☐ Einmalige Zahlung
Name des Zahlungspflichtigen: (Kontoinhaber)	
Straße, PLZ, Ort:	
Telefon und E-Mail: (freiwillige Angaben)	
IBAN des Zahlungspflichtigen: (max. 22 Stellen)	D E
BIC: (8 oder 11 Stellen)	
Ort, Datum:	
Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen: (Kontoinhaber)	