



DOMICILIATION

Autorisation de domiciliation

Nom et Prénom:
Name und Vorname:

Adresse:
Adresse:

Code postal & Localité:
Postleitzahl & Wohnort:

Numéro Client: (à remplir par l'administration)
Kundennummer:

Numéro CETREL: (à remplir par l'administration)
CETREL Nummer:

N° Point de Facturation: (à remplir par l'administration)
Hausnummer:

Je donne à la recette communale de Steinfort, l'autorisation de faire encaisser mes taxes communales sur mon compte auprès de l'institut financier désigné ci-dessous.

Ich ermächtige hiermit die Gemeindekasse von Steinfort, meine Gemeindegebühren bei dem unten angegebenen Geldinstitut einzukassieren.

Institut Financier:
Geldinstitut:

Numéro IBAN:
IBAN Nummer:

Je m'engage à faire le nécessaire pour qu'à l'échéance le montant de mon avoir en compte soit suffisant pour permettre l'exécution de l'ordre précité.

Ich verpflichte mich hiermit am Zahlungstag die erforderliche Summe zur Ausführung des oben genannten Zahlungsauftrages verfügbar zu halten

Fait à in, le am

4, SQUARE PATTON

Signature *Unterschrift:*

ADRESSE POSTALE:
B.P. 42
L-8401 STEINFORT

TEL: 399 313-1
FAX: 390 015

COMMUNE@STEINFORT.LU
WWW.STEINFORT.LU

**Cher client,
en cas d'acceptation de la domiciliation proposée, veuillez
nous retourner le présent document complété et signé.**

**Verehrter Kunde,
wir bitten Sie uns dieses Formular zuzusenden, wenn Sie
einen Dauerauftrag wünschen.**