Stadtverwaltung Stadt Wehlen
Markt 5
01829 Stadt Wehlen

Antrag auf Erteilung eines / einer

☐ Bewohner-Parkausweises gemäß §2 Parkordnung der Stadt Wehlen

☐ Kurzparker-Karte gemäß §3 Parkordnung der Stadt Wehlen

☐ Sonder-Parkkarte gemäß §4 Parkordnung der Stadt Wehlen

☐ Kalenderjahr

Personaldaten

Name, Vorname oder Firmenbezeichnung

Straße, Hausnummer	PLZ	Ort

Fahrzeug

Amtl. Kennzeichen

zutreffendes ankreuzen

☐ Ich habe meinen Hauptwohnsitz in Stadt Wehlen und ich versichere keine geeignete Stellmöglichkeit auf eigenem Grundstück zu besitzen

☐ das zulässige Gesamtgewicht meines PKW beträgt nicht mehr als 3,0 t

Hinweise

Der Bewohnerparkausweis gilt auf allen gekennzeichneten Bewohnerparkplätzen während der angegebenen Zeiten und auf allen gebührenpflichtigen Parkflächen der Stadt Wehlen.
Die Kurzparkerkarte und die Sonderparkkarte gelten nicht auf als Bewohnerparkplätze gekennzeichnete Flächen.
Die Parkordnung der Stadt Wehlen habe ich zur Kenntnis genommen, die Gebürenordnung ist mir bekannt.
Mir ist bekannt, dass unrichtige Angaben die Einziehung des Parkausweises zur Folge haben und als Ordnungswidrigkeit verfolgt werden können.
Parkausweis und Parkkarte sind nicht übertragbar und nur in Verbindung mit oben genannten Kennzeichen gültig.

Ort, Datum und Unterschrift Antragsteller

Dem Antrag wird ☐ stattgegeben.

☐ widersprochen.

Begründung:

Datum, Stempel und Unterschrift

Gemeinde	Personenkonto (Stpfl.)	Aktenzeichen:	
370		:	

SEPA-Basislastschriftmandat

Name des Zahlungsempfängers		
Stadt Wehlen		
Anschrift PLZ Ort 01829 Stadt Wehlen	Ortsteil	Straße Hausnummer Markt 5
Land DEUTSCHLAND		
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE46WEH00000760009	Mandatsreferenz: wird separat mitgeteilt !	

Ich ermächtige/Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich 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 ☐

Für:

Name des Steuerpflichtigen		
Name des Zahlungspflichtigen / Bevollmächtigten	abweichender Kontoinhaber	
Anschrift PLZ Ort	Ortsteil	Strasse Hausnummer
Land		
IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 34 Stellen)		
BIC /SWIFT Zahlungspflichtiger (8 oder 11 Stellen)		
Name des Kreditinstituts / Name der Bank und Anschrift		

Bitte senden Sie uns dieses Formular unterschrieben im Original zurück.

Ort, Datum	Unterschrift des Zahlungspflichtigen

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Lastschrift wird mich/uns der Zahlungsempfänger (Name siehe oben) über den Einzug informieren