

BEITRAGSSERVICE

P DV 07 2FC7 F7B1 00 5005 A012
06 0,85 Deutsche Post



* 4101 * 0023041 *
* 0315 * G01062023 *
Herrn
Joachim Schlöffel
Wettiner Str. 5
04105 Leipzig

Sie erreichen uns unter
Telefon 01806 999 555 30
Telefax 01806 999 555 01
(20 Cent pro Anruf aus allen deutschen Netzen)

Servicezeiten
Montag - Freitag 7 - 19 Uhr

Postanschrift
ARD ZDF Deutschlandradio
Beitragsservice, 50656 Köln

Web rundfunkbeitrag.de

Datum 01.06.2023

Beitragsnummer 522 579 295

Festsetzungsbescheid - Beitragsnummer 522 579 295 -

Sehr geehrter Herr Schlöffel,

Ihrer Pflicht zur Zahlung der rückständigen Rundfunkbeiträge sind Sie nicht oder nicht vollständig nachgekommen.

Für den Zeitraum vom 01.03.2023 bis 31.05.2023 wird deshalb der Betrag von 63,08 EUR einschließlich Säumniszuschlag festgesetzt (Berechnung siehe Kontoauszug).

Dieser Festsetzungsbescheid ist ein vollstreckbarer Titel. Er wird im Wege der Zwangsvollstreckung (z.B. durch Sachpfändung, Pfändung des Arbeitseinkommens oder des Kontoguthabens) durchgesetzt, wenn der festgesetzte Betrag nicht gezahlt wird.

Wichtiger Hinweis:

Beachten Sie unbedingt, dass nicht nur der oben festgesetzte Betrag zu zahlen ist, sondern auch die weiteren offenen Forderungen.

Einschließlich des Monats 05.2023 besteht ein **offener Gesamtbetrag von 118,16 EUR**. Nur wenn Sie diesen offenen Gesamtbetrag unverzüglich zahlen, vermeiden Sie Mahn- und Zwangsvollstreckungsmaßnahmen auf Grundlage dieses Festsetzungsbescheids. Dadurch würden weitere Kosten entstehen, die von Ihnen zu tragen wären (z. B. Kosten der Mahnung und Vollstreckung).

Mit freundlichen Grüßen

Mitteldeutscher Rundfunk

**Rechtsbehelfsbelehrung und
Rechtsgrundlagen siehe Rückseite**

Kontoauszug

Bitte beachten Sie, dass Zahlungen nicht ausgewiesen sind, die kurz vor der Erstellung des Festsetzungsbescheids geleistet oder mit Rückständen aus früheren Zeiträumen verrechnet wurden.

| Buchung | Gutschrift/Belastung(-) |
|---|------------------------------------|
| 04.04.23 Rundfunkbeiträge für 03.2023 bis 05.2023 | |
| 1 Wohnung: | -55,08 |
| Wettiner Str. 5, 04105 Leipzig | |
| 01.06.23 Säumniszuschlag | -8,00 |
| | Festgesetzter Betrag -63,08 |

SEPA-Überweisung/Zahlschein



Name und Sitz des überweisenden Kreditinstituts

BIC

Angaben zum Zahlungsempfänger: Name, Vorname/Firma (max. 27 Stellen, bei maschineller Beschriftung max. 35 Stellen)

Rundfunk ARD, ZDF, DRadio

IBAN

DE07500500000000345678

BIC des Kreditinstituts/Zahlungsdienstleisters (8 oder 11 Stellen)

HELADEFFXXX

Betrag: Euro, Cent

118,16

Kunden-Referenznummer

RF58X522579295

Dieser Beleg wird maschinell verarbeitet.
Zusätzliche Angaben sowie Änderungen der
vordruckten Daten sind nicht möglich.

Angaben zum Kontoinhaber/Zahler: Name, Vorname/Firma, Ort (max. 27 Stellen, keine Straßen- oder Postfachangaben)

IBAN

D E

07

Datum

Unterschrift(en)

0315-5-1-1

Bitte nur Änderungen eintragen! (In Blockschrift)An ARD ZDF Deutschlandradio
Beitragsservice, 50656 KölnBeitragsnummer
522 579 295

Joachim Schlöffel

Wettiner Str. 5
04105 Leipzig**Änderung** der Anschrift, der Zahlungsweise und/oder der Kontoangaben

- Bitte in den Farben Blau oder Schwarz ausfüllen, da Beleg automatisch verarbeitet wird -

Diese Änderung gilt ab:

Tag Monat Jahr

Geburts-
datum

Tag Monat Jahr

Name, Vorname

Straße

Hausnummer

PLZ

Ort

Telefon-Nr. tagsüber - (Angabe freiwillig)

Gewünschte
Zahlungsweise
(bitte ankreuzen)

Gesetzliche Zahlung

☐ in der Mitte eines
Dreimonatszeitraums (zum 15.)

Vorauszahlung

☐ vierteljährlich
im Voraus (zum 1.1., 1.4., 1.7., 1.10.)☐ halbjährlich
im Voraus (zum 1.1., 1.7.)☐ jährlich
im Voraus (zum 1.1.)**Gläubiger-Identifikationsnummer des Beitragsservice von ARD, ZDF und Deutschlandradio: DE3000100000001272**

Ich ermächtige den Beitragsservice von ARD, ZDF und Deutschlandradio, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Beitragsservice von ARD, ZDF und Deutschlandradio auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoverbindung

IBAN

BIC

Kreditinstitut

Angaben zum Kontoinhaber (nur ausfüllen, wenn Inhaber des Kontos **nicht** der angemeldete Beitragszahler ist)

Name/Firma

Straße

Hausnummer

PLZ

Ort

Unterschrift des Kontoinhabers

Ort

Datum
der Unterschrift

Tag Monat Jahr

Die Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt.

0315-5-1-1

REFERENZ