

## BEITRAGSSERVICE

P DV 07 2FC7 F7B1 76 3005 4C02  
06 0,85 Deutsche Post\* 5987 \* 0021696 \*  
\* 0315 \* G03062024 \*  
Herrn  
Joachim Schlöffel  
Wettiner Str. 5  
04105 Leipzig**Online-Service** rundfunkbeitrag.de  
Hier können Sie rund um die Uhr **kostenlos**  
Ihr Anliegen klären.  
**Kostenpflichtig** erreichen Sie uns  
Montag - Freitag 7 - 19 Uhr für  
20 Cent pro Anruf aus allen deutschen Netzen  
unter 01806 999 555 30.**Postanschrift**  
ARD ZDF Deutschlandradio  
Beitragsservice, 50656 Köln**Datum** 03.06.2024**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 01.03.2024 bis 31.05.2024 wird deshalb der Betrag von insgesamt 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:**Einschließlich des Monats 05.2024 besteht ein **offener Gesamtbetrag von 63,08 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(-)
21.03.24 Rundfunkbeiträge für 03.2024 bis 05.2024	
1 Wohnung:	-55,08
Wettiner Str. 5, 04105 Leipzig	
03.06.24 Säumniszuschlag	-8,00
<b>Festgesetzter Betrag</b>	<b>-63,08</b>

# 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



BEITRAGSERVICE

Kunden-Referenznummer

RF58X522579295

Betrag: Euro, Cent

63,08

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)

REFERENZ

0315-5-1-1

Bitte nur Änderungen eintragen! (In Blockschrift)

An ARD ZDF Deutschlandradio  
Beitragsservice, 50656 Köln

Beitragsnummer  
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

Geburtsdatum

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

Ort

Datum der Unterschrift

Tag Monat Jahr

Unterschrift des Kontoinhabers

Die Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt.

0315-5-1-1