



Stadt  
Offenburg

Fachbereich Finanzen  
Haushalt und Steuern  
Am Marktplatz 5  
77652 Offenburg

Telefax 0781 82-7531

Stadt Offenburg  
Fachbereich Finanzen  
Abteilung 7.1  
Postfach 2450  
77614 Offenburg

Buchungszeichen

**5.0226.**

– bitte ergänzen und bei Bezahlung angeben –

Sofern Sie eine Einzugsermächtigung wünschen und die  
Stadtkasse zur Abbuchung ermächtigen, füllen Sie bitte die  
letzte Formulareseite aus (SEPA-Lastschriftmandat).

## Vergnügungssteuer

### Steueranmeldung für Spielgeräte mit Gewinnmöglichkeit in Spielhallen o. ä.

Angaben des Steuerpflichtigen

Name, Vorname, Firma <sup>1)</sup>	
Straße Nr.	
PLZ Ort	
Telefon	
E-Mail	

Quartal:

Jahr:

Bitte beachten Sie, dass die Auslesung  
der Kasse **mindestens einmal pro  
Monat** erfolgen muss.

**Vergnügungssteuer Mindestbetrag  
pro Monat und Spielgerät 120,00 €**

Vollständige Bezeichnung und Anschrift des Aufstellorts	Vollständige Bezeichnung des Spielgerätes und Zulassungsnummer	Auslesezeitraum Muss lückenlos an den Auslesezeitraum der letzten Meldung anschließen. Das Gerät war in folgendem Monat in Betrieb (bitte <b>jeden</b> <b>Monat einzeln</b> aufführen):	Bruttokasse im Auslese- zeitraum (Saldo 2 der Auslestreifen)	Nettokasse im Auslese- zeitraum	Ver- gnü- gungs- steuer (rechnerisch)
	Bez.  Nr.	Jan <input type="checkbox"/> Feb <input type="checkbox"/> Mär <input type="checkbox"/> Apr <input type="checkbox"/> Mai <input type="checkbox"/> Jun <input type="checkbox"/> Jul <input type="checkbox"/> Aug <input type="checkbox"/> Sep <input type="checkbox"/> Okt <input type="checkbox"/> Nov <input type="checkbox"/> Dez <input type="checkbox"/>			
	Bez.  Nr.	Jan <input type="checkbox"/> Feb <input type="checkbox"/> Mär <input type="checkbox"/> Apr <input type="checkbox"/> Mai <input type="checkbox"/> Jun <input type="checkbox"/> Jul <input type="checkbox"/> Aug <input type="checkbox"/> Sep <input type="checkbox"/> Okt <input type="checkbox"/> Nov <input type="checkbox"/> Dez <input type="checkbox"/>			
	Bez.  Nr.	Jan <input type="checkbox"/> Feb <input type="checkbox"/> Mär <input type="checkbox"/> Apr <input type="checkbox"/> Mai <input type="checkbox"/> Jun <input type="checkbox"/> Jul <input type="checkbox"/> Aug <input type="checkbox"/> Sep <input type="checkbox"/> Okt <input type="checkbox"/> Nov <input type="checkbox"/> Dez <input type="checkbox"/>			
<b>Summen</b>					

Die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben wird bestätigt.

Datum, Unterschrift

**Hinweis:**  
**Die Steueranmeldung ist**  
**innerhalb eines Monats**  
**nach Ablauf des Kalender-**  
**vierteljahres bei der Stadt**  
**Offenburg abzugeben.**

**- nur von Stadt Offenburg auszufüllen -**

Daten kontrolliert und erfasst: Datum, Namenszeichen

<sup>1)</sup> bitte Ansprechpartner angeben

### **Steueranmeldung für Spielgeräte mit Gewinnmöglichkeit in Spielhallen o. ä.**

**5.0226.**

– bitte ergänzen und bei Bezahlung angeben –

Vollständige Bezeichnung und Anschrift des Aufstellorts	Vollständige Bezeichnung des Spielgerätes und Zulassungsnummer	Auslesezeitraum	Bruttokasse	Nettokasse	Ver-
		Muss lückenlos an den Auslesezeitraum der letzten Meldung anschließen. Das Gerät war in folgendem Monat in Betrieb (bitte jeden Monat einzeln aufführen):	im Auslese-zeitraum (Saldo 2 der Auslesestreifen)	im Auslese-zeitraum	gnügnungs-steuer (rechnerisch)
		Übertrag			
	Bez.	Jan Feb Mär Apr Mai Jun			
	Nr.	Jul Aug Sep Okt Nov Dez			
	Bez.	Jan Feb Mär Apr Mai Jun			
	Nr.	Jul Aug Sep Okt Nov Dez			
	Bez.	Jan Feb Mär Apr Mai Jun			
	Nr.	Jul Aug Sep Okt Nov Dez			
	Bez.	Jan Feb Mär Apr Mai Jun			
	Nr.	Jul Aug Sep Okt Nov Dez			
	Bez.	Jan Feb Mär Apr Mai Jun			
	Nr.	Jul Aug Sep Okt Nov Dez			
	Bez.	Jan Feb Mär Apr Mai Jun			
	Nr.	Jul Aug Sep Okt Nov Dez			
	Bez.	Jan Feb Mär Apr Mai Jun			
	Nr.	Jul Aug Sep Okt Nov Dez			
	Bez.	Jan Feb Mär Apr Mai Jun			
	Nr.	Jul Aug Sep Okt Nov Dez			
	Bez.	Jan Feb Mär Apr Mai Jun			
	Nr.	Jul Aug Sep Okt Nov Dez			
Summen					

Daten kontrolliert und erfasst: Datum, Namenszeichen



Stadt  
Offenburg

# Erteilung eines SEPA- Lastschriftmandats

## Anschrift des Zahlungsempfängers

Stadt Offenburg  
- Stadtkasse -  
Hauptstraße 90  
77652 Offenburg

Gläubiger-Identifikationsnummer:

**DE75ZZZ00000103476**

Mandatsreferenz (vom Zahlungspflichtigen auszufüllen):  
(pro Buchungszeichen wird ein SEPA-Mandat benötigt)

**5 0226**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Gewerbesteuer        | <input type="checkbox"/> Hundesteuer                  |
| <input type="checkbox"/> Kindergartenbeiträge | <input checked="" type="checkbox"/> Vergnügungssteuer |
| <input type="checkbox"/> Grundsteuer          | <input type="checkbox"/> Sonstiges:                   |
| <input type="checkbox"/> verl. Grundschule    |   |

## 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.

Aufgrund der technischen Verarbeitung des SEPA-Lastschriftmandats, kann es im weiteren Schriftverkehr zum Ausdruck einer erweiterten Mandatsreferenz kommen. Hierbei handelt es sich um drei Prüzfiffern, die systembedingt im automatisierten Verfahren generiert werden. Sie dienen lediglich der eindeutigen verwaltungsinternen Identifizierung des SEPA-Lastschriftmandats. Für Sie ist weiterhin die oben verwendete Mandatsreferenz (Buchungszeichen) maßgebend.

## Zahlungsart:



Wiederkehrende Zahlung



Einmalige Zahlung

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

Geb.-Datum:

## Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl und Ort:

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen):

**D E**

BIC (8 oder 11 Stellen):

**D E**

Ort:

Datum (TT/MM/JJJJ):

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

Die **schattierten** Felder sind vom Zahlungspflichtigen auszufüllen.  
**Dieses Mandatsschreiben ist eigenhändig zu unterzeichnen und im Original der Stadtkasse Offenburg zuzuleiten.**