

Anrede _____

Vorname / Name _____

Geburtsdatum _____

Zahlungsvorschlag Verlustschein

Aktuelle Adresse Strasse _____

PLZ _____

Gesamtbetrag Verlustschein/e _____

Verlustscheinnummer/n _____

Höhe der monatlichen Rate _____

Rückzahlungsbeginn _____

Bemerkungen _____

Ich anerkenne die Verlustscheinforderung vollumfänglich.

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

Wir bitten Sie, das ausgefüllte Formular an folgende Adresse zu senden:

Kantonales Steueramt
Abteilung Finanzen Inkasso
Davidstrasse 41
Postfach 1245
9001 St. Gallen