

SEPA-Lastschriftmandat

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers:

Gläubiger-ID: DE30ZZZ00000605000

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers

Versorgungswerk der Steuerberater und
Steuerbevollmächtigten in
Mecklenburg-Vorpommern
Ostseeallee 40
18107 Rostock

Ermächtigung zum Einzug von Beiträgen durch Lastschriften

für:

(Arbeitgeber-Betriebsnummer)

Ich ermächtige/Wir ermächtigen das Versorgungswerk der Steuerberater und Steuerbevollmächtigten in Mecklenburg-Vorpommern, die von mir/uns zu entrichtenden Beiträge bei Fälligkeit mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unseren Zahlungsdienstleister an, die vom Versorgungswerk der Steuerberater und Steuerbevollmächtigten in Mecklenburg-Vorpommern auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Das Lastschriftmandat gilt für Beiträge ab Beitragsmonat .

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 Zahlungsdienstleister vereinbarten Bedingungen.

Name Kontoinhaber

Anschrift Kontoinhaber (Straße und Hausnummer, Postleitzahl und Ort)

DE ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____
IBAN

____ | ____
BIC

_____ bei (Bezeichnung des Kreditinstitutes)

Ort, Datum

Unterschrift/en Kontoinhaber