

# 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