

SEPA-Lastschriftmandat

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers:

Gläubiger-ID: DE30ZZZ00000605000

Steuerberaterversorgungswerk
Mecklenburg-Vorpommern
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Ostseeallee 40
18107 Rostock

Ermächtigung zum Einzug von Beiträgen durch Lastschriften

für:

Name und Vorname Zahlungspflichtiger

Mitgliedsnummer

Ich ermächtige das Versorgungswerk der Steuerberater und Steuerbevollmächtigten in Mecklenburg-Vorpommern, die von mir zu entrichtenden Beiträge bei Fälligkeit mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein 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 _____.

Zusätzlich sollen ggf. rückständige Beiträge eingezogen werden.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Zahlungsdienstleister vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber

Anschrift Kontoinhaber (Straße und Hausnummer, Postleitzahl und Ort)

DE ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____

IBAN

____ | ____

BIC

_____ bei (Bezeichnung des Kreditinstitutes)

Ort, Datum

Unterschrift/en Kontoinhaber