

# SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Gläubiger-ID des Zahlungsempfängers: **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**

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 des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber): \_\_\_\_\_

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Betriebsnummer (nur Arbeitgeber): \_\_\_\_\_

IBAN des Zahlungspflichtigen: DE \_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Name der Bank des Zahlungspflichtigen

\_\_\_\_\_  
BIC

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/en des Zahlungspflichtigen  
(Kontoinhabers)