

Steuerberaterversorgungswerk Schleswig-Holstein  
-K. d. ö. R.-  
Hopfenstraße 2 d  
24114 Kiel

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE18ZZZ00000029909  
Mandatsreferenz: wird separat mitgeteilt

### SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige das Steuerberaterversorgungswerk Schleswig-Holstein K.ö.d.R., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Steuerberaterversorgungswerk gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

<b>Name/Firma</b>
-------------------

<b>Anschrift</b> Straße/ Nr. (ggf. Postfach), PLZ Ort
-------------------------------------------------------

<b>IBAN</b>
DE ____   ____   ____   ____   ____   ____

<b>BIC</b>	bei (Bezeichnung des Kreditinstitutes)
____   ____	

- Der Lastschrifteinzug soll für den Beitragsmonat \_\_\_\_\_ beginnen.
- Der Lastschrifteinzug soll erst nach Befreiung von der DRV beginnen.
- Zusätzlich sollen ggf. rückständige Beiträge eingezogen werden.

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift