

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

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE18ZZZ00000029909
Mandatsreferenz: wird separat mitgeteilt

Mitgliedsnummer

							/	0	0	/	0	7	2	
--	--	--	--	--	--	--	---	---	---	---	---	---	---	--

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.

Name

Anschrift Straße/ Nr. (ggf. Postfach), PLZ Ort

IBAN
DE _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

BIC	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