

# SEPA-Lastschriftmandat / SEPA Direct Debit Mandate

(für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren / for SEPA Core Direct Debit Scheme)

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

*(Creditor's Name & address)*

Landestierärztekammer Hessen  
**Versorgungswerk**  
Bahnhofstraße 13  
65527 Niedernhausen

**Wiederkehrende Zahlungen/  
Recurrent Payments**

[Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier]

DE83ZZZ00000226037

[Mandatsreferenz / Mandate reference]

Ich/Wir ermächtige(n)

*By signing this mandate form, you authorise*

[Name des Zahlungsempfängers / Creditor's Name]

**Landestierärztekammer Hessen - Versorgungswerk**

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von  
*to send instructions to your bank to debit your account and your bank to debit your account in accordance with the instructions from*

[Name des Zahlungsempfängers / Creditor's Name]

**Landestierärztekammer Hessen – Versorgungswerk.**

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

*As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.*

Kontoinhaber (Zahlungspflichtiger) / Name of debtor

Straße, Hausnummer / Street name and number

PLZ, Ort / Postal code and city

Land / Country

Kreditinstitut / Bank

BIC<sup>1</sup> / Swift BIC

IBAN / Account number-IBAN

Ort, Datum / Location, date

Unterschrift(en) Zahlungspflichtiger / Signature(s) debtor

**Ausfertigung für den Zahlungsempfänger  
Execution for creditor**

# SEPA-Lastschriftmandat / SEPA Direct Debit Mandate

(für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren / for SEPA Core Direct Debit Scheme)

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)  
(Creditor's Name & address)

Landestierärztekammer Hessen  
**Versorgungswerk**  
Bahnhofstraße 13  
65527 Niedernhausen

**Wiederkehrende Zahlungen/  
Recurrent Payments**

[Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier]

[Mandatsreferenz / Mandate reference]

Ich/Wir ermächtige(n)  
By signing this mandate form, you authorise

[Name des Zahlungsempfängers / Creditor's Name]

**Landestierärztekammer Hessen - Versorgungswerk**

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von  
to send instructions to your bank to debit your account and your bank to debit your account in accordance with the instructions from

[Name des Zahlungsempfängers / Creditor's Name]

**Landestierärztekammer Hessen – Versorgungswerk.**

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within  
8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Kontoinhaber (Zahlungspflichtiger) / Name of debtor

Straße, Hausnummer / Street name and number

PLZ, Ort / Postal code and city

Land / Country

Kreditinstitut / Bank

BIC<sup>1</sup> / Swift BIC

IBAN / Account number-IBAN

Ort, Datum / Location, date

Unterschrift(en) Zahlungspflichtiger / Signature(s) debtor

**Ausfertigung für den Zahlungspflichtigen  
Execution for debtor**