

SEPA-Lastschriftmandat (SEPA Direct Debit Mandat)
Für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren (SEPA Core Direct Debit Scheme)

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers
(Creditor name and adress)

Landestierärztekammer Hessen
Bahnhofstraße 13



65527 Niedernhausen

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier):
DE74ZZZ00000541740

WICHTIG bitte ausfüllen:

Name und Anschrift des Kontoinhabers (Zahlungspflichtiger)
(Debtor name and address)

Mandatsreferenz:
(Mandatsreference): (complete by the creditor)

Ich/Wir ermächtige(n) die **Landestierärztekammer Hessen** wiederkehrende Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unsere Kreditinstitut an, die von der **Landestierärztekammer Hessen** auf mein/unsere Konto gezogene(n) Lastschrift(en) einzulösen.

By signing this mandate form, you authorise (A) Landestierärztekammer Hessen to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from Landestierärztekammer Hessen.

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.

Note: 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.

Verpflichtungsgrund (Typ of payment): **Ausbildungswesen**

Kontoinhaber (Zahlungspflichtiger) (account number debtor)

Straße, Hausnummer (Street name and number), PLZ, Ort (Postal code and city), Land (Country)

Kreditinstitut (Bank)

BIC1 (Swift BIC)

IBAN (Account number-IBAN)

Ort, Datum (Location, date)

Unterschrift(en) Zahlungspflichtiger (Signature(s) debtor)

Ausfertigung für den **Zahlungsempfänger**
Execution for creditor

Bitte im Original an die LTK Hessen zurück senden!

SEPA-Lastschriftmandat (SEPA Direct Debit Mandat)
Für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren (SEPA Core Direct Debit Scheme)

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers
(Creditor name and adress)

Landestierärztekammer Hessen
Bahnhofstraße 13

65527 Niedernhausen



Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier):
DE74ZZZ00000541740

Name und Anschrift des Kontoinhabers (Zahlungspflichtiger)
(Debtor name and address)

Mandatsreferenz:
(Mandatsreference): (complete by the creditor)

Ich/Wir ermächtige(n) die **Landestierärztekammer Hessen** wiederkehrende Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unsere Kreditinstitut an, die von der **Landestierärztekammer Hessen** auf mein/unsere Konto gezogene(n) Lastschrift(en) einzulösen.

By signing this mandate form, you authorise (A) Landestierärztekammer Hessen to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from Landestierärztekammer Hessen.

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.

Note: 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.

Verpflichtungsgrund (Typ of payment): **Ausbildungswesen**

Kontoinhaber (Zahlungspflichtiger) (account number debtor)

Straße, Hausnummer (Street name and number), PLZ, Ort (Postal code and city), Land (Country)

Kreditinstitut (Bank)

BIC1 (Swift BIC)

IBAN (Account number-IBAN)

Ort, Datum (Location, date)

Unterschrift(en) Zahlungspflichtiger (Signature(s) debtor)