



Tierärztekammer Sachsen-Anhalt  
Körperschaft des öffentlichen Rechts  
Freiimfelder Str. 4  
06112 Halle (Saale)

## SEPA – Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger:  
**Tierärztekammer Sachsen-Anhalt**  
Körperschaft des öffentlichen Rechts  
Freiimfelderstr. 4  
06120 Halle (Saale) – Deutschland

**Gläubiger-Identifikationsnummer:**  
DE84ZZZ00000729255

Mandatsreferenznr.:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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 Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

**Zahlungsart (bitte unbedingt ankreuzen):**

- wiederkehrende Zahlung  
 einmalige Zahlung

**Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):**

\_\_\_\_\_

**Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)  
Straße und Hausnummer:**

\_\_\_\_\_

**Postleitzahl und Ort:**

\_\_\_\_\_

**Land:**

\_\_\_\_\_

**IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen):**

\_\_\_\_\_

**BIC (8 oder 11 Stellen):**

\_\_\_\_\_

**Sofern Verpflichtungen für eine dritte Person übernommen werden, bitte Name, Anschrift und Grund nennen:**

\_\_\_\_\_

Verwendung des SEPA-Lastschriftmandates für (bitte ankreuzen):

**Kammerbeitrag** (incl. Nachberechnungen und Gebühren)

**Teilnahmegebühren für Fort-/Weiterbildungsveranstaltungen**

Hinweis: Wenn mein / unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Sollte die Lastschrift von meinem Kreditinstitut nicht eingelöst werden, erlischt dieses SEPALastschriftmandat. Für spätere Fälligkeiten werde ich dann dafür sorgen, dass ich meinen Zahlungsverpflichtungen rechtzeitig (ggf. durch ein neues SEPA-Lastschriftmandat) nachkomme. Durch die Kreditinstitute werden bei Nichteinlösung eines SEPALastschriftmandates Kosten erhoben, die von mir zu tragen sind.

Hinweis: Meine / Unsere Rechte zu dem obigen Mandat sind in einem Merkblatt enthalten, das ich / wir von meinem / unserem Kreditinstitut erhalten kann / können.

**Eine Änderung der Bankverbindung werde(n) ich / wir umgehend durch ein neues SEPA-Lastschriftmandat mitteilen.**

Ort

Datum

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

Ggf. Firmenstempel:

Bitte achten Sie darauf, das Formular vollständig und leserlich auszufüllen!