

\_\_\_\_\_  
Name und Anschrift

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

Versorgungsausgleichskasse  
der Kommunalverbände in Schleswig-Holstein  
**- Fachbereich III -**  
Reventlouallee 6

24105 Kiel

**Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch SEPA-Lastschriftmandat  
(SEPA Direct Debit Mandate)**

Ich ermächtige / Wir ermächtigen die Versorgungsausgleichskasse S-H Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger 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.

Gläubiger-Identifikationsnummer der Versorgungsausgleichskasse S-H:  
**DE82 ZZZ 0000 0085 987**

Mandatsreferenz: **wird separat mitgeteilt**

Zahlungspflichtiger (Kontoinhaber):

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

-----

Kreditinstitut (Name und BIC): \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_

IBAN: DE\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)