
Name und Anschrift

_____, den ____ . ____ . ____
Ort, Datum

Versorgungsausgleichskasse
der Kommunalverbände in Schleswig-Holstein
- Bereich III -
Knooper Weg 71

24116 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)