

SEPA-Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger:

Kommunaler Arbeitgeberverband Schleswig-Holstein
Reventlouallee 6
D 24105 Kiel
Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE87ZZ00000343044

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):

.....

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Kommunalen Arbeitgeberverband Schleswig-Holstein, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleiche weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Kommunalen Arbeitgeberverband Schleswig-Holstein auf mein Konto / 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: Wiederkehrende Zahlungen (Mitgliedsbeitrag)

Anschrift des/der Zahlungspflichtigen (Name, Vorname und genaue Anschrift des Kontoinhabers)

.....
Name

.....

.....
Straße Hausnummer

.....

Postleitzahl und Ort, Land

.....

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 38 Stellen)

.....

BIC (8 oder 11 Stellen)

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift(en) des/der Zahlungspflichtigen