Absender:

Zurück an das

Steuerberaterversorgungswerk Sachsen
Humboldtstraße 15
04105 Leipzig

Fax-Nr.: **0341-5644027**

SEPA-Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger: Steuerberaterversorgungswerk Sachsen, Humboldtstr. 15, 04105 Leipzig

Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE02ZZZ00000325659**

Mandatsreferenz:

Ich ermächtige das Steuerberaterversorgungswerk Sachsen, Zahlungen von meinem unten bezeichneten Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Steuerberaterversorgungswerk Sachsen auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

IBAN: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

BIC: | | | | | | | | | | | | (8 oder 11 Stellen!)

Kreditinstitut _____
(Bezeichnung der Bank, Sparkasse, etc.)

gültig ab dem Monat:

für das Mitglied:

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift (und ggf. Firmenstempel)

Formular ausdrucken | Formular speichern | Formular zurücksetzen