

**SEPA-Lastschriftmandat** (SEPA Direct Debit Mandate)

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

**Tierärztekammer des Saarlandes  
Körperschaft des öffentlichen Rechts  
Henri-Dunant-Weg 7****66564 Ottweiler****Wiederkehrende Zahlungen/  
Recurrent Payments**

[Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)]

**DE16ZZZ00000521153**

[Mandatsreferenz = Mitgliedsnummer]

Ich/Wir ermächtige(n) die

[Name des Zahlungsempfängers]

**Tierärztekammer des Saarlandes**

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/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 Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber /Zahlungspflichtiger  
Vorname, Name:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Verwendung des SEPA-Lastschriftmandats für (bitte ankreuzen):

 Kammerbeitrag (incl. Nachberechnungen und Gebühren) Ausbildungskosten

Kreditinstitut

BIC

IBAN

**DE**

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 SEPA-Lastschriftmandat. 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 SEPA-Lastschriftmandates 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 (Zahlungspflichtiger)

ggf. Praxisstempel:

**Bitte im Original an die Tierärztekammer des Saarlandes zurück senden!**