

SEPA-Lastschriftmandat (SEPA Direct Debit Mandate)

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

**Tierärztekammer des Saarlandes
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Faktoreistr. 4

66111 Saarbrücken****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)
- Gebühren für die Ausbildung der TMFA
- Notdienstgebühren
- Sonstige Gebühren (Tierarztauseis, Beglaubigungen, etc.)

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 zurücksenden!