



Tierärztekammer Westfalen-Lippe

Körperschaft des öffentlichen Rechts

- Versorgungswerk -

SEPA-Lastschriftmandat für SEPA-Basis –Lastschriftverfahren

Tierärztekammer Westfalen-Lippe
- Versorgungswerk -
Goebenstr. 50
48151 Münster

Gläubiger-Identifikationsnummer

DE90VWZ00000001744

Mandatsreferenz

Ich/Wir ermächtige(n) das **Versorgungswerk der Tierärztekammer Westfalen-Lippe**, Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir unser Kreditinstitut an, die vom **Versorgungswerk der Tierärztekammer Westfalen-Lippe** 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.

Kontoinhaber (Zahlungspflichtiger)

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Kreditinstitut

IBAN

D	E																		
----------	----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BIC

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ort, Datum

Unterschrift(en) Zahlungspflichtiger



Tierärztekammer Westfalen-Lippe

Körperschaft des öffentlichen Rechts

- Versorgungswerk -

SEPA-Lastschriftmandat für SEPA-Basis –Lastschriftverfahren

Tierärztekammer Westfalen-Lippe
- Versorgungswerk -
Goebenstr. 50
48151 Münster

Gläubiger-Identifikationsnummer

DE90VWZ00000001744

Mandatsreferenz

Ich/Wir ermächtige(n) das **Versorgungswerk der Tierärztekammer Westfalen-Lippe**, Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir unser Kreditinstitut an, die vom **Versorgungswerk der Tierärztekammer Westfalen-Lippe** 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.

Kontoinhaber (Zahlungspflichtiger)

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Kreditinstitut

IBAN

D E

BIC

Ort, Datum

Unterschrift(en) Zahlungspflichtiger