

# SEPA-Lastschriftmandat

Bitte im Original einreichen!

Name des Zahlungsempfängers:

Versorgungswerk der Steuerberater und Steuerbevollmächtigten im Land Brandenburg

Anschrift des Zahlungsempfängers:

**Steuerberaterversorgungswerk Brandenburg  
K.d.ö.R.  
Tuchmacherstraße 48 B  
14482 Potsdam**

Posteingang Steuerberaterversorgungswerk  
Brandenburg = Beginn der Gültigkeit

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE31ZZZ00000172362

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen): \_\_\_\_\_

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) den Zahlungsempfänger Versorgungswerk der Steuerberater und Steuerbevollmächtigten im Land Brandenburg Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger Versorgungswerk der Steuerberater und Steuerbevollmächtigten im Land Brandenburg 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.

Zahlungsart:  wiederkehrende Zahlung  einmalige Zahlung

Name des Zahlungspflichtigen:  
(Kontoinhaber) \_\_\_\_\_

Mitglieds-Nr.: \_\_\_\_\_

Betriebs-Nr. des Arbeitgebers: \_\_\_\_\_

Anschrift des Zahlungspflichtigen:  
(Kontoinhaber) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Name Kreditinstitut: \_\_\_\_\_

IBAN des Zahlungspflichtigen: DE \_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_

BIC: \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/en des Zahlungspflichtigen  
(Kontoinhaber)

Datenschutzhinweis: Die Verarbeitung Ihrer hier abgefragten personenbezogenen Daten ist gem. Art. 6Abs. 1c der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) rechtmäßig. Ausführliche Informationen zum Schutz Ihrer Daten erhalten Sie mit unseren Datenschutzhinweisen unter <https://www.stbk-brandenburg.de/Steuerberaterversorgungswerk>.