

An die
Tierärztekammer Hamburg
Sternstraße 106
20357 Hamburg

Gläubiger-Identifikationsnummer **DE92ZZZ00000566054**

Mandatsreferenz: **wird separat bekannt gegeben**

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Tierärztekammer Hamburg, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Tierärztekammer Hamburg 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.

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Kreditinstitut (Name und BIC)

IBAN: DE __|____|____|____|____|__

Datum, Ort und Unterschrift