Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein Versorgungswerk

Versorgungswerk der PKSH

Sophienblatt 92-94

24114 Kiel

Einzugsermächtigung und SEPA-Lastschriftmandat

für das Versorgungswerk der PKSH

Name des Zahlungsempfängers	**Anschrift des Zahlungsempfängers**
Versorgungswerk der PKSK	Sophienblatt 92-94, 24114 Kiel

Gläubiger-Identifikationsnummer des Versorgungswerkes der PKSH

DE17ZZZ00000507070

Einzugsermächtigung

Ich ermächtige das Versorgungswerk der PKSH in Kiel widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem Konto einzuziehen.

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige das Versorgungswerk der PKSH in Kiel, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Versorgungswerk der PKSH 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.

Name des Zahlungspflichtigen	**Privatanschrift des Zahlungspflichtigen**

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen)

D	E																				

BIC (8 oder 11 Stellen)

				D	E					

Ort, Datum	**Unterschrift**