

SEPA-Lastschriftmandat (SEPA Direct Debit Mandate)
für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/for SEPA Core Direct Debit Scheme

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Rechtsanwaltskammer Kassel
Karthäuserstraße 5 a

34117 Kassel

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)
DE51ZZZ00001015805

Mandatsreferenz

Kammerbeitrag RAK, Mitgl.-Nr.

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Vorstand der Rechtsanwaltskammer Kassel, Karthäuserstraße 5 a, 34117 Kassel, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Vorstand der Rechtsanwaltskammer Kassel auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

(Vorname, Name) Kontoinhaber

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Kreditinstitut

BIC

IBAN

DE

Ort, Datum

Unterschrift

SEPA-Lastschriftmandat (SEPA Direct Debit Mandate)
für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/for SEPA Core Direct Debit Scheme

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Rechtsanwaltskammer Kassel
Karthäuserstraße 5 a

34117 Kassel

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)
DE51ZZZ00001015805

Mandatsreferenz

Kammerbeitrag RAK, Mitgl.-Nr.

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Vorstand der Rechtsanwaltskammer Kassel, Karthäuserstraße 5 a, 34117 Kassel, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Vorstand der Rechtsanwaltskammer Kassel auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

(Vorname, Name) Kontoinhaber

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Kreditinstitut

BIC

IBAN

DE

Ort, Datum

Unterschrift