

An die
Steuerberaterkammer Hessen
Postfach 10 31 52
60101 Frankfurt am Main

Einzugsermächtigung/SEPA Lastschriftmandat

Beginn ab Beitragsjahr

Mitgliedsnummer

Name, Vorname des Mitgliedes

Geldinstitut und Ort

IBAN

BIC

Name des abweichenden Kontoinhabers

Hiermit ermächtige(n) ich (wir) die Steuerberaterkammer Hessen bis auf schriftlichen Widerruf, den jeweils fälligen Beitrag und anfallende Gebühren zu Lasten meines (unseres) Kontos mittels Lastschrift einzuziehen. Für die Deckung meines (unseres) Kontos ist stets gesorgt. Wenn mein (unser) Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Etwaige Rücklastschriftkosten werden von mir (uns) getragen.

Datum/Unterschrift

Für Rückfragen: Telefon Nr./E-Mail Adresse/Praxisstempel

Gläubiger ID: DE 43 ZZZ 00000 339956.

Mandatsreferenz: Mitgliedsnummer – Datum der Eintragung des LS-Mandats - vom EDV-System vergebende Zahlenfolge