

HESSISCHE TIERSEUCHENKASSE

ANSTALT DES ÖFFENTLICHEN RECHTS

Erfassungsstelle der
Tierseuchenkasse Hessen
03072 Cottbus

**Bitte ausdrucken, ausfüllen,
unterschreiben und zurücksenden**
← an

Hessische Tierseuchenkasse
Mainzer Str. 17
65185 Wiesbaden
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE84ZZZ00000293143

Mandatsreferenz: TSK-Nr. _____

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige/Wir ermächtigen die Hessische Tierseuchenkasse, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Hessischen Tierseuchenkasse auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belastenden Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Tierbesitzer/Kontoinhaber

abweichender Kontoinhaber

Straße, Hausnummer

abweichende Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

abweichende Postleitzahl, Ort

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Name des Kreditinstituts

BIC (Bank Identifier Code)

DE |

IBAN (International Bank Account Number)

Ort

Datum

Unterschrift

Bei **abweichendem** Kontoinhaber:
Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für die Vereinbarung mit _____

Ort

Datum

Unterschrift **abweichender** Kontoinhaber