HESSISCHE TIERSEUCHENKASSE

ANSTALT DES ÖFFENTLICHEN RECHTS

zurücksenden an:

Hessische Tierseuchenkasse
Mainzer Str. 17
65185 Wiesbaden

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

☐☐☐☐☐☐☐☐ | ☐☐☐

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