Bitte an folgenden Empfänger übermitteln:

**Landesamt für Finanzen Mecklenburg-Vorpommern**
Landeszentralkasse M - V

**Postfach 11 02 61**

**19002 Schwerin**

# SEPA-Einzelmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE5010000000062119

Mandatsreferenznummer: Die Mandatsreferenznummer wird Ihnen in der Belastungsvorankündigung und/oder in einem sonstigen Schreiben mitgeteilt.

## SEPA-Basislastschrift-Mandat

Ich ermächtige/Wir ermächtigen die Landeszentralkasse Mecklenburg-Vorpommern (Zahlungsempfänger) im Rahmen der unten angegebenen Forderung/Forderungsart, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels SEPA-Basislastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

**Hinweis**: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass zur Erleichterung des Zahlungsverkehrs die Frist für die Information vor Einzug einer fälligen Zahlung auf mindestens einen Tag vor Belastung verkürzt werden kann.

### Kontoinhaber/in:

Name (Girokontoinhaber/in)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl Ort

Land

IBAN (International Bank Account Number)

BIC (Business Identifier Code) Name der Bank

Ort der Unterschrift T T M M J J J J Datum der Unterschrift

### Einzahlungspflichtiger:

**(sofern abweichend vom/von Kontoinhaber/in)**

Name

Straße und Hausnummer

Postleitzahl Ort

### Bezeichnung der Forderung für den SEPA-Lastschrifteinzug:

Kassenzeichen der Forderung

☐ Einmaliger SEPA-Lastschrifteinzug ☐ Wiederkehrender SEPA-Lastschrifteinzug

Bezeichnung der Forderung

**Unterschrift(en) des/der Zahlungspflichtigen und des/der ggf. abweichenden Kontoinhaber(s)/Kontoinhaberin:**

**Unterschrift(en) des/der Zahlungspflichtigen** **Unterschrift(en) des/der abweichenden Kontoinhaber(s)/Kontoinhaberin**