Bitte an folgenden Empfänger übermitteln:

Landesamt für Finanzen Mecklenburg-Vorpommern
Landeszentralkasse M - V

Postfach 11 02 61

19002 Schwerin

SEPA-Rahmenmandat

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) **sämtliche Forderungen** der Behörde:

Behördenbezeichnung: _____ **Organisationseinheit:** _____
Straße: _____
PLZ/Ort: _____

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 Datum der Unterschrift

Einzahlungspflichtiger:

(sofern abweichend vom/von Kontoinhaber/in)

Name

Straße und Hausnummer

Postleitzahl Ort

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**