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) 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. sämtliche Forderungen

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**