

# Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

## Zahlungsempfänger

Landesanstalt für Personendosimetrie und Strahlenschutz Ausbildung  
Mecklenburg-Vorpommern  
Köpenicker Str. 325, Haus 41  
12555 Berlin

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE47ZZZ00000643591

Mandatsreferenz: wird separat mitgeteilt

Ich ermächtige / wir ermächtigen den oben genannten Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich / weisen wir mein / unser Kreditinstitut an, die von dem oben genannten Zahlungsempfänger auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann / wir können innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

**Betriebsnummer** (falls vorhanden)

**Zahlungspflichtiger** (bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl

Ort

IBAN

BIC (8 oder 11 Stellen)

Ort

Datum

Unterschrift