



## SEPA – Lastschriftmandat

für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren

**Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)**

Pflegekammer Niedersachsen KdöR  
 Marienstraße 3  
 30171 Hannover

**Gläubiger-Identifikationsnummer**

DE24ZZZ00002121218

**Mandatsreferenz/Mitgliedsnummer**
**Mitglied (Vorname, Name)**

Ich ermächtige die Pflegekammer Niedersachsen KdöR bis auf Widerruf, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Pflegekammer Niedersachsen KdöR auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

**Kontoinhaber (Vorname, Name)**
**Straße und Hausnummer**
**PLZ und Ort**
**Land**
**IBAN**
**BIC**
**Ort und Datum**
**Unterschrift Mitglied**
**Ort und Datum**
**Unterschrift Kontoinhaber (falls abweichend)**