

Information zum SEPA-Basislastschriftverfahren

Das Lastschriftverfahren hat sich in den vergangenen Jahren bewährt. Mit Erteilung einer Einzugsermächtigung zu Gunsten des Versorgungswerks können Mitglieder (Selbstzahler) / Arbeitgeber (Firmenzahler) die satzungsgemäße Beitragszahlung sicherstellen und ersparen sich selbst und dem Versorgungswerk erhebliche Kosten und Verwaltungsarbeit.

Das Versorgungswerk der Landestierärztekammer Hessen muss, wie alle anderen Teilnehmer des nationalen Zahlungsverkehrs, die **EU-Verordnung 260/2012 (SEPA-Migrationsverordnung)** umsetzen. Der Stichtag zur Umsetzung dieser Verordnung ist der **01. Februar 2014**. Mit diesem Schreiben erhalten Sie ein SEPA-Lastschriftmandat in zweifacher Ausfertigung. Es ersetzt die bisherige Einzugsermächtigung. Das Mandats-Formblatt ist zweisprachig verfasst.

Bitte senden Sie uns bei Bedarf das Exemplar „*Ausfertigung für den Zahlungsempfänger*“ vollständig ausgefüllt zurück. Das zweite Exemplar „*Ausfertigung für den Zahlungspflichtigen*“ ist für Ihre Unterlagen bestimmt.

Informationen zum SEPA-Lastschriftmandat:

- Die SEPA-Lastschriften und die damit verbundenen Schriftverkehre enthalten zukünftig neue Angaben:
 - Ihre neue **Mandatsreferenz** (hängt davon ab, ob „**Selbstzahler**“ oder „**Firmenzahler**“)
Selbstzahler = **5-stellige Mitgliedsnummer + 01 / 001** z.B. **30000 01/001**
Firmenzahler = **8-stellige Betriebsnummer + /001** z.B. **11111111 / 001**
 - Gläubiger ID: (= Teilnehmernummer des Versorgungswerks im SEPA-Verfahren, welche durch die Bundesbank vergeben wird)
- Ein erteiltes SEPA-Mandat gilt nur für Abbuchungen vom Konto des Kontoinhabers. Dies bedeutet, dass Abbuchungen (auch nur für einen Monatsbeitrag) vom Konto eines anderen Kontoinhabers nicht autorisiert sind. In diesem Fall müssen Sie sich dringend mit Ihrem Versorgungswerk in Verbindung setzen, damit wir dem abweichenden Kontoinhaber ein separates Mandat zusenden können.
- Ein SEPA-Lastschriftmandat erlischt automatisch, wenn es nicht innerhalb von 36 Monaten ab Unterzeichnung in Anspruch genommen wird (keine Abbuchung, z. Bsp. durch Elternzeit o. ä.). Nach Erlöschen ist ein neues Mandat zu erteilen.
- Sie besitzen eine Rückgabefrist von 8 Wochen für eine eingezogene SEPA-Lastschrift

Bitte senden Sie das Mandatsexemplar *im Original* zurück. **BITTE NICHT FAXEN ODER MAILEN**. Bitte beachten Sie beim Ausfüllen der Felder folgendes:

- **Kontoinhaber:** (muss der Unterzeichner sein). Vom Konto dieses Kontoinhabers werden Ihre Beiträge im SEPA-Verfahren zukünftig eingezogen
- **Straße, Hausnummer/Postleitzahl, Ort/Land:** Ihres aktuellen Wohnorts / Dienstanschrift bzw. Firmensitz (*für Arbeitgeber*)
- **Kreditinstitut/Bank:** Die Bank des Kontoinhabers von welchem die Beiträge eingezogen werden sollen.
- **BIC:** entspricht der alten Bankleitzahl und ist einem aktuellen Kontoauszug zu entnehmen (teilweise auch SWIFT-Code genannt)
- **IBAN:** Neue Kontonummer. Ist Ihrem aktuellen Kontoauszug zu entnehmen

Bitte füllen Sie alle Felder **leserlich** aus und achten Sie auf die Richtigkeit der Angaben.

Der Kontoinhaber muss das Mandat eigenhändig mit Angabe von Ort und Datum unterschreiben. Für weitere Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

SEPA-Lastschriftmandat / SEPA Direct Debit Mandate

(für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren / for SEPA Core Direct Debit Scheme)

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)
(Creditor's Name & address)

Landestierärztekammer Hessen
Versorgungswerk
Bahnhofstraße 13
65527 Niedernhausen

[Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier]
DE83ZZZ00000226037

[Mandatsreferenz / Mandate reference]

Ich/Wir ermächtige(n)
By signing this mandate form, you authorise

[Name des Zahlungsempfängers / Creditor's Name]
Landestierärztekammer Hessen - Versorgungswerk

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von
to send instructions to your bank to debit your account and your bank to debit your account in accordance with the instructions from

[Name des Zahlungsempfängers / Creditor's Name]
Landestierärztekammer Hessen – Versorgungswerk.

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.
As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Kontoinhaber (Zahlungspflichtiger) / Name of debtor

Straße, Hausnummer / Street name and number

PLZ, Ort / Postal code and city

Land / Country

Kreditinstitut / Bank

BIC1 / Swift BIC

IBAN / Account number-IBAN

Ort, Datum / Location, date

Unterschrift(en) Zahlungspflichtiger / Signature(s) debtor

Ausfertigung für den **Zahlungsempfänger**
Execution for creditor

SEPA-Lastschriftmandat / SEPA Direct Debit Mandate

(für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren / for SEPA Core Direct Debit Scheme)

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)
(Creditor's Name & address)

Landestierärztekammer Hessen
Versorgungswerk
Bahnhofstraße 13
65527 Niedernhausen

[Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier]
DE83ZZZ00000226037

[Mandatsreferenz / Mandate reference]

Ich/Wir ermächtige(n)
By signing this mandate form, you authorise

[Name des Zahlungsempfängers / Creditor's Name]
Landestierärztekammer Hessen - Versorgungswerk

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von
to send instructions to your bank to debit your account and your bank to debit your account in accordance with the instructions from

[Name des Zahlungsempfängers / Creditor's Name]
Landestierärztekammer Hessen – Versorgungswerk.

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.
As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Kontoinhaber (Zahlungspflichtiger) / Name of debtor

Straße, Hausnummer / Street name and number

PLZ, Ort / Postal code and city

Land / Country

Kreditinstitut / Bank

BIC1 / Swift BIC

IBAN / Account number-IBAN

Ort, Datum / Location, date

Unterschrift(en) Zahlungspflichtiger / Signature(s) debtor

Ausfertigung für den **Zahlungspflichtigen**
Execution for debtor