

**Angaben zum Mitglied**

\_\_\_\_\_  
Mitgliedsnummer

\_\_\_\_\_  
Name des Mitgliedes

\_\_\_\_\_  
Name des Arbeitgebers

Versorgungswerk der Rechtsanwälte  
in Mecklenburg-Vorpommern  
Bleicherufer 9  
**19053 Schwerin**

**Gläubiger-Identifikationsnummer:** DE14ZZZ00000573957

**Mandatsreferenz:** wird mit der Pre-Notification mitgeteilt

**SEPA-Lastschriftmandat**

Ich ermächtige das Versorgungswerk der Rechtsanwälte in Mecklenburg-Vorpommern, ab dem \_\_\_\_\_ Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Versorgungswerk der Rechtsanwälte in Mecklenburg-Vorpommern auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis:

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

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname (Kontoinhaber)

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl und Ort

\_\_\_\_\_  
Kreditinstitut

BIC \_ \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_

IBAN \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_

**Mit Ihrer Unterschrift stimmen Sie der Verkürzung der Frist für die Pre-Notification auf 7 Kalendertage zu.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift

**Bitte senden Sie das Original vollständig ausgefüllt per Post an das Versorgungswerk zurück (nicht per Fax oder E-Mail). Für den Arbeitgeberbankeinzug wird für jedes Mitglied ein separates Mandat benötigt.**