

SEPA-Lastschriftmandat

Vorsorgekasse der
Commerzbank V. a. G.
Koppenstraße 93
10243 Berlin

Gläubiger-Identifikationsnummer:
DE37ZZZ00000072538

Mandatsreferenz:
Wird separat mitgeteilt

Ich ermächtige die Vorsorgekasse der Commerzbank V.a.G., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift

monatlich
zum 01.

vierteljährlich
zum 01.01., 01.04., 01.07., 01.10.

halbjährlich
zum 01.01., 01.07.

jährlich
zum 01.01.

einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Vorsorgekasse der Commerzbank V.a.G. 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.

Ich stimme der Verkürzung der Frist für die Vorankündigung der Basis-Lastschriften auf 5 Kalendertage vor Fälligkeit zu.

Mitgliedsnummer

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Kreditinstitut (Name)

DE _____
IBAN

Ort, Datum

X

Unterschrift (Kontoinhaber)