

## 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       vierteljährlich       halbjährlich       jährlich

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.

### Mitgliedsnummer

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Kreditinstitut (Name)

**DE**   
**IBAN**

Ort, Datum

X

Unterschrift (Kontoinhaber)