

Rücksendung per E-Mail: [wiedenhoeft@stbverband.de](mailto:wiedenhoeft@stbverband.de)

oder Fax: 030/ 2759 5988

---

## SEPA-Basislastschriftmandat zum

Einzug des Mitgliedsbeitrages

### Zahlungsempfänger

Steuerberaterverband  
Berlin-Brandenburg  
Littenstraße 10  
10179 Berlin

Ich ermächtige / wir ermächtigen den oben genannten Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem Konto / unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich / weisen mir mein / unser Kreditinstitut an, die von dem oben genannten Zahlungsempfänger auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Zur Erleichterung des Zahlungsverkehrs beträgt die Frist für die Information vor Einzug einer fälligen Zahlung mindestens 5 Tage vor Belastung.

**Hinweis:** Ich kann / wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE08Stb00000562910

Mandatsreferenz: wird nachgereicht

-----  
Name und Vorname (Kontoinhaber)

Mitgliedsnummer

-----  
Straße und Hausnummer

-----  
Postleitzahl und Ort

-----  
Kreditinstitut Name

-----  
BIC

-----  
IBAN

---

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel