

SEPA-Lastschriftmandat

für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren (**Arbeitgeberzahlung**)

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Versorgungswerk der Architektenkammer NRW
Postfach 32 12 45, 40427 Düsseldorf
Fax. 0211. 49 23 8-45, info@vw-aknrw.de

Wiederkehrende Zahlungen
ab Beitragsmonat

<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

(MM.JJJJ bitte einfügen)

rückständige
Versorgungsabgaben
ebenfalls einziehen

Referenzangaben

Gläubiger-Identifikationsnummer
DE74ZZZ00000293808

Mandatsreferenz

SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n) das **Versorgungswerk der AKNW** Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom **Versorgungswerk der AKNW** 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.

Angaben zum Kontoinhaber

Kontoinhaber

Straße

Nummer

Postleitzahl

Ort

Telefon, Fax

Betriebsnummer

IBAN

Kreditinstitut

Ort, Datum

Unterschrift (en)

Telefonnummer Steuerbüro / gehaltzahlende Stelle

Wir sichern zu, monatlich (bis zum 7. des Folgemonats) die elektronische Beitragsmeldung gemäß § 28a Abs. 10, 11 SGB IV vorzunehmen.

Ausfertigung für den **Zahlungsempfänger**

2018

SEPA-Lastschriftmandat

für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren (**Arbeitgeberzahlung**)

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Versorgungswerk der Architektenkammer NRW
Postfach 32 12 45, 40427 Düsseldorf
Fax. 0211. 49 23 8-45, info@vw-aknrw.de

Wiederkehrende Zahlungen
ab Beitragsmonat

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

(MM.JJJJ bitte einfügen)

rückständige
Versorgungsabgaben
ebenfalls einziehen

Referenzangaben

Gläubiger-Identifikationsnummer
DE74ZZZ00000293808

Mandatsreferenz

SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n) das **Versorgungswerk der AKNW** Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom **Versorgungswerk der AKNW** 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.

Angaben zum Kontoinhaber

Kontoinhaber

Straße

Nummer

Postleitzahl

Ort

Telefon, Fax

Betriebsnummer

IBAN

Kreditinstitut

Ort, Datum

Unterschrift (en)

Telefonnummer Steuerbüro / gehaltzahlende Stelle

Wir sichern zu, monatlich (bis zum 7. des Folgemonats) die elektronische Beitragsmeldung gemäß § 28a Abs. 10, 11 SGB IV vorzunehmen.