

## Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

**Augenoptiker Ausgleichskasse VVaG**  
**Generationenweg 4**  
**44225 Dortmund**

Zahlungsempfänger:  
**Augenoptiker Ausgleichskasse**  
**VVaG**

Gläubiger-Identifikationsnummer  
**DE04ZZZ00000669585**

### SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige Sie, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von Ihnen auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis:

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

**Kontoinhaber**

Name und Anschrift

Mandatsreferenznummer:

IBAN

BIC

Kreditinstitut

Ort, Datum

Unterschrift/Firmenstempel und Betriebsnummer

Hinweis zum Datenschutz:

Das SEPA-Lastschriftverfahren sowie die dafür benötigten Angaben sind freiwillig. Ihre mitgeteilten Daten verwenden wir ausschließlich zur Erfüllung unserer Aufgaben.