



VERSORGUNGSWERK  
DER RECHTSANWÄLTE  
IN BERLIN

## SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende Lastschriften

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE65 ZZZO 0000 4973 79  
Mandatsreferenz: wird mit erster Notifikation mitgeteilt

Körperschaft  
des öffentlichen Rechts

Ich (Kontoinhaber) ermächtige das Versorgungswerk der Rechtsanwälte in Berlin, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Versorgungswerk der Rechtsanwälte in Berlin auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Walter-Benjamin-Platz 6  
10629 Berlin

Fon: +49 (0) 30 88 71 82 50  
Fax: +49 (0) 30 88 71 82 579

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.

info@b-rav.de  
www.b-rav.de

IBAN: DE22 1008 0000  
0921 1147 00  
BIC: DRES DE FF 100

\_\_\_\_\_  
Vorname und Name des Kontoinhabers (evtl. Arbeitgeber)

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl und Ort

\_\_\_\_\_  
Kreditinstitut (Name)

□□□□ □□ □□ □□□□

BIC 8- bzw. 11-stellig

□□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□ □□□□ □□□□ □□

IBAN (in Deutschland 22-stellig)

Ich bin damit einverstanden, dass mir der Zahlungsempfänger spätestens drei Tage vor der Lastschrift die Höhe des einzuziehenden Betrages und das Fälligkeitsdatum unter Nennung der Gläubiger-Identifikationsnummer und der Mandatsreferenz ankündigt. Eine gesonderte Notifikation entfällt, wenn Arbeitgeber bzw. Arbeitnehmer das Mandat erteilen. Die monatliche Gehaltsabrechnung notifiziert die Lastschrift.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum und Unterschrift des Kontoinhabers

**Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für das Mitglied (Zahlungspflichtiger) mit**

\_\_\_\_\_  
Name und Vorname

□□□□□  
Mitgliedsnummer



# **SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende Lastschriften**

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE65 ZZZ0 0000 4973 79  
Mandatsreferenz: wird mit erster Notifikation mitgeteilt

Körperschaft  
des öffentlichen Rechts

Ich (Kontoinhaber) ermächtige das Versorgungswerk der Rechtsanwälte in Berlin, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Versorgungswerk der Rechtsanwälte in Berlin auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Walter-Benjamin-Platz 6  
10629 Berlin

Fon: +49 (0) 30 88 71 82 50  
Fax: +49 (0) 30 88 71 82 579

info@b-rav.de  
www.b-rav.de

IBAN: DE22 1008 0000  
0921 1147 00  
BIC: DRES DE FF 100

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.

\_\_\_\_\_  
Vorname und Name des Kontoinhabers (evtl. Arbeitgeber)

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl und Ort

\_\_\_\_\_  
Kreditinstitut (Name)

□□□□ □□ □□ □□□□

BIC 8- bzw. 11-stellig

□□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□

IBAN (in Deutschland 22-stellig)

Ich bin damit einverstanden, dass mir der Zahlungsempfänger spätestens drei Tage vor der Lastschrift die Höhe des einzuziehenden Betrages und das Fälligkeitsdatum unter Nennung der Gläubiger-Identifikationsnummer und der Mandatsreferenz ankündigt. Eine gesonderte Notifikation entfällt, wenn Arbeitgeber bzw. Arbeitnehmer das Mandat erteilen. Die monatliche Gehaltsabrechnung notifiziert die Lastschrift.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum und Unterschrift des Kontoinhabers

## **Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für das Mitglied (Zahlungspflichtiger) mit**

\_\_\_\_\_  
Name und Vorname

□□□□□

Mitgliedsnummer

**Hinweis:** Das Formular bitte vollständig ausgefüllt und mit Datum unterschrieben im Original per Post zurückschicken. Mandate in elektronischer Form bzw. per Fax ohne Originalunterschrift sind nicht rechts-wirksam und werden nicht angenommen.