

**SEPA-Lastschrift  
oder  
Ratenzahlungsantrag Handwerkskammerbeitrag  
mit Einzugsermächtigung/SEPA-Lastschrift**

Beitragsabteilung  
Telefon 0461 866-545

Handwerkskammer Flensburg  
Johanniskirchhof 1-7  
24937 Flensburg

Gläubiger-  
Identifikationsnummer:  
DE88ZZZ00000112457

Mandatsreferenz:  
wird separat mitgeteilt

**Nutzen Sie die bequeme Zahlungsweise des Sepa-Lastschriftmandates.** Die Abbuchung der Gesamtsumme erfolgt nach Mitteilung bei Fälligkeit.  ja

**Oder beantragen Sie eine Ratenzahlung; ohne Zinsen oder weiteren Aufschlag.** Bitte füllen Sie hierzu das nachfolgende Antragsformular nebst Einzugsermächtigung aus, die ausschließlich für den Handwerkskammerbeitrag genutzt wird.

**Die Schlussrate ist spätestens im Dezember des Beitragsjahres vorzunehmen. Die Mindestrate beträgt 10 Euro.**

Zahlungsbeginn:	Anzahl der Raten:	<input type="checkbox"/> monatlich zum 1. eines jeden Kalendermonats	<input type="checkbox"/> monatlich zum 15. eines jeden Kalendermonats	<input type="checkbox"/> 1/4jährlich zum 1.	<input type="checkbox"/> 1/4jährlich zum 15.
Die Ratenzahlungsmodalitäten sollen dauerhaft, auch für die Folgejahre automatisch übernommen werden: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					

Die jeweilige Restforderung ist zur Zahlung sofort fällig, wenn Sie mit einer Rate ganz oder teilweise länger als zwei Kalendermonate im Rückstand sind, sofern nicht ausdrücklich schriftlich eine weitere Stundung gewährt wird.

**Einzugsermächtigung**

Ich/Wir ermächtige(n) die Handwerkskammer Flensburg widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Beiträge und Gebühren bei Fälligkeit von meinem/unserem Konto einzuziehen.

**SEPA-Lastschriftmandat** (nur für Handwerkskammerbeiträge und damit im Zusammenhang stehender Gebühren. Der Beitrag/die Gebühr wird bei Fälligkeit von Ihrem Konto abgebucht)

Ich ermächtige die Handwerkskammer Flensburg, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Handwerkskammer Flensburg 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.

Betriebsnummer: \_\_\_\_\_ Betriebsname: \_\_\_\_\_

Vorname und Name Kontoinhaber/in, falls abweichend: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Kreditinstitut/ BIC \_\_\_\_\_

BIC (8-bzw. 11-stellig)

IBAN: D E \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_

\_\_\_\_\_ Datum, Ort und Unterschrift