

SEPA – Lastschriftmandat für Apotheken / Arbeitgeber/in

Gläubiger-Identifikationsnummer:	DE33AKH00000434129
---	---------------------------

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen

Beitragswesen Veranstaltungen QMS

Ich ermächtige die Apothekerkammer Hamburg K.d.ö.R. widerruflich, ab sofort die für meine Person anfallenden Zahlungen bei Fälligkeit von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Apothekerkammer Hamburg K.d.ö.R. 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.

Apotheke / Arbeitgeber/in:	Nummer:
_____	_____
Apotheke / Arbeitgeber/in	
_____	_____
PLZ, Ort	Apothekeninhaber/in

Mandatsreferenz - wird separat mitgeteilt -

Kontoinhaber/in:		
_____	_____	_____
Titel	Vorname	Name Kontoinhaber/in
_____	_____	_____
Straße und Hausnummer		Postleitzahl und Ort

Bankverbindung:	
_____	_____
Kreditinstitut	BIC
DE __ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____	
IBAN	

Ort / Datum und Unterschrift

Stempel

Bitte unterschrieben zurücksenden!