

SEPA – Lastschriftmandat für Mitarbeiter/innen in Apotheken sowie in Wissenschaft, Industrie und Verwaltung

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

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen

Beitragswesen Veranstaltungen

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.

Person:	Personennummer:	

Titel	Vorname	Name
_____		_____
Geburtsdatum		

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

Bitte unterschrieben zurücksenden!