# SEPA – Lastschriftmandat
**für PZ im Sammelbezug**

APOTHEKERKAMMER HAMBURG

| **Gläubiger-Identifikationsnummer:** | **DE33AKH00000434129** |
|---|---|

***Ermächtigung zum Einzug von Forderungen***

☐ Pharmazeutische Zeitung

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!**

APOTHEKERKAMMER HAMBURG
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Alte Rabenstraße 11a I 20148 Hamburg

T 040 – 524 75 83 – 0
info@apothekerkammer-hamburg.de
www.apothekerkammer-hamburg.de

ZERTIFIZIERT BGW qu.int.as NACH MAAS-BGW
TÜV NORD DIN EN ISO 9001