

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!