

## 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!**