

Apothekerversorgung  
Schleswig-Holstein  
Düsternbrooker Weg 75  
24105 Kiel

Telefax  
0431 - 579 35 60

ID-Nr.: DE79ZZZ00000245897

### SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

<input type="text"/>
BETRIEBSNUMMER ARBEITGEBER:
<input type="text"/>
NAME
<input type="text"/>
MITGLIEDSNUMMER:
<input type="text"/>
<i>Beitrag</i>
MANDATSREFERENZ:

Hiermit ermächtige ich die Apothekerversorgung Schleswig-Holstein, die jeweilige Höhe der Rentenbeitragsmeldungen des Arbeitgebers bei Fälligkeit (am 10. Banktag des nachfolgenden Monats) zu Lasten meines Kontos:

BANKVERBINDUNG	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
KONTO-NR.:	BLZ:
<input type="text"/>	
IBAN:	
<input type="text"/>	
BIC:	
<input type="text"/>	
BANK:	
<input type="text"/>	
AB:	

mittels SEPA Lastschriftmandat einzuziehen.

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.

Änderungen der Bankdaten werden der Apothekerversorgung Schleswig-Holstein sofort mitgeteilt.

<input type="text"/>
----------------------

ORT/DATUM

UNTERSCHRIFT/STEMPEL