

Apothekerversorgung
Schleswig-Holstein
Düsternbrooker Weg 75
24105 Kiel

Telefax
0431 - 579 35 60

ID-Nr.: DE79ZZZ00000245897

SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

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

Hiermit ermächtige ich die Apothekerversorgung Schleswig-Holstein widerruflich, den jeweiligen Höchstbeitrag bzw. den Beitrag aus den tatsächlichen Gewinnanteilen 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.

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Instituts (s.o.) keine Verpflichtung zur Einlösung.

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

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

ORT/DATUM

UNTERSCHRIFT/STEMPEL