APOTHEKERVERSORGUNG
SCHLESWIG-HOLSTEIN

Apothekerversorgung Schleswig-Holstein
Düsternbrooker Weg 75
24105 Kiel

Haben Sie Fragen oder Probleme?
Wir sind für Sie da und helfen Ihnen gerne weiter.

Telefon: 0431 579 3550
Telefax 0431 579 3560

E-Mail: info@av-sh.de
Internet: www.av-sh.de

ID-Nr.: DE79ZZZ00000245897

SEPA-Lastschriftmandat

Betriebsnummer Arbeitgeber

Arbeitgeber/Kontoinhaber

Beitrag Angestellte

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

D E

IBAN

BIC

Bank

. .

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.

Ort, Datum

Unterschrift | ggfs. Firmenstempel