



# Apothekerkammer Westfalen-Lippe

Körperschaft des öffentlichen Rechts

## Per Telefax: 0251 52005-85

Apothekerkammer Westfalen-Lippe  
Abteilung Rechnungswesen  
Bismarckallee 25  
48151 Münster  
mitglieder@akwl.de

### SEPA-Lastschriftmandat

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen

**Gläubiger-ID:** DE60ZZZ00000429084

Bitte Zutreffendes ankreuzen:

- Beitragswesen (Kammerbeitrag)
- Kostenanteil für den Bezug der Pharmazeutischen Zeitung
  - Bitte bestellen Sie für mich die Pharmazeutische Zeitung zum nächstmöglichen Zeitpunkt (Monatserster) bzw. zum \_\_\_\_\_ (Wunschtermin/Monatserster).
- Fortbildung
- Weiterbildung

Ich ermächtige die Apothekerkammer Westfalen-Lippe widerruflich ab sofort für meine Person anfallende Zahlungen bei Fälligkeit von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Apothekerkammer Westfalen-Lippe 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 die mit dem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

#### Person

.....  
(Personennummer)

.....  
(Name)

.....  
(Titel)

.....  
(Vorname)

.....  
(Geburtsdatum)

#### Mandatsreferenz

.....  
(von AKWL auszufüllen)

#### Kontoinhaber

(falls abweichend)

.....  
(Name, Titel, Vorname)

.....  
(Straße, Hausnummer)

.....  
(PLZ, Ort)

#### Bankverbindung

.....  
(Kreditinstitut)

.....  
(BIC)

**DE** \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_  
(IBAN)

.....  
(Ort, Datum)

.....  
(Unterschrift)

