

SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

(Stand: März 2024)

Tel.: 0251 52005-23 · Fax: 0251 52005-85 · E-Mail: mitglieder@akwl.de

per Fax: 0251-52 00585 oder E-Mail: mitglieder@akwl.de

Apothekerkammer Westfalen-Lippe
– Digitalisierung, IT & Mitgliedschaft –
Bismarckallee 25
48151 Münster

SEPA-Lastschriftmandat

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen

Gläubiger-ID: DE60ZZZ00000429084

Bitte Zutreffendes ankreuzen:

- Beitragswesen (Kammerbeitrag Nichtselbständige)
- 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

.....
(Mitgliedsnummer)

.....
(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)

