

SEPA-Lastschriftmandat

(Einzug von Forderungen mittels Lastschrift)

Nur im Original unterschrieben per Post zurücksenden!

Berechtigter Zahlungsempfänger:

Landesapothekerkammer Hessen
Postfach 90 06 43
60446 Frankfurt am Main

Zahlungspflichtiger (Mitglied):

Name, Vorname
Straße, Haus-Nr.
Plz, Ort

Ich ermächtige den oben genannten Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Weiterhin stimme ich zu, dass alle offenen Forderungen, auch rückwirkend, vom angegebenen Konto eingezogen werden. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von oben genanntem Zahlungsempfänger auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE96ZZZ00000264021

Mandatsreferenz: **wird nach Bearbeitung separat mitgeteilt.**

- Mandat für einmalige Zahlung
- Mandat für wiederkehrende Zahlungen

Hinweis: 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.

Kontoinhaber (Vorname und Name)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Kreditinstitut Name

BIC

IBAN

--	--	--	--

LKZ PrüfZ

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BLZ

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Kto.Nr.

Ort

Datum

Unterschrift Kontoinhaber/in