Apothekerkammer Niedersachsen
An der Markuskirche 4 · 30163 Hannover

Fax: 0511 39099–36

SEPA-Lastschriftmandat für Apotheken / Arbeitgeber

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen

Gläubiger-ID	**DE64AKN00000388563**
☐ **Beitragswesen** ☐ **Fortbildung** ☐ **Weiterbildung** ☐ **Ausbildung**	Ich ermächtige die Apothekerkammer Niedersachsen widerruflich, ab sofort die **für den Betrieb / die Einrichtung** anfallenden Zahlungen bei Fälligkeit von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Apothekerkammer Niedersachsen 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 dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.
Apotheke / Arbeitgeber	Arbeitgebernummer (vierstellig) Apotheke/Arbeitgeber PLZ, Ort — Apothekeninhaber
Mandatsreferenz	**wird separat mitgeteilt**
Kontoinhaber	Name, Vorname, Titel Straße, Hausnummer — PLZ, Ort
Bankverbindung	Kreditinstitut — BIC **D E** IBAN
	Ort, Datum — Unterschrift/ ggf. Stempel

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Formular die männliche Formulierung verwendet. Selbstverständlich gelten alle Ausdrücke gleichermaßen für Frauen.