

Das SEPA-Lastschriftmandat vollständig ausgefüllt und nur im Original per Post zurücksenden. Eine Rückgabe in Kopie, per Fax oder E-Mail ist ungültig!



Telefon: 0211 8388-0
info@aknr.de
www.aknr.de

Apothekerkammer Nordrhein
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Poststr. 4
40213 Düsseldorf

Gläubiger-ID: **DE32AKN00000531244**
Mandatsreferenz: **s. Rechnung/Zusage**

SEPA-Lastschriftmandat für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren (Fort- oder Weiterbildung)

Ich/Wir ermächtigen die Apothekerkammer Nordrhein, Zahlungen für Fort- oder Weiterbildungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der Apothekerkammer Nordrhein auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

HINWEIS: Ich kann/Wir können innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belastenden Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Fortbildung **Weiterbildung** (Bitte entsprechende Lastschriftwünsche ankreuzen).

Zum Einzug von Forderungen aus den Abteilungen Fort- oder Weiterbildung wird für **jede Apotheke(!) ein separates SEPA-Mandat benötigt**. Kreuzen Sie bitte an, ob das SEPA-Mandat sich entweder auf den Apothekenleiter (Apotheke) oder auf ein(e) Mitglied/Person (Privatzahler) bezieht (das entspricht dem jeweiligen Zahlungspflichtigen), und tragen Sie unterhalb des angekreuzten SEPA-Mandats die dazugehörige Apotheken- oder Mitgliedsnummer (Pflichtfeld) ein.

SEPA-Mandat für Apothekenleiter (Apotheke)

Ihre Apothekennummer (8-stellig)							

SEPA-Mandat für Privatzahler

Ihre Mitgliedsnummer (6-stellig)					

Kontoinhaber

Apothekenname _____
Nur eintragen wenn das SEPA-Mandat sich auf den Apothekenleiter (Apotheke) bezieht.

Name, Vorname _____

Straße / Haus-Nr. _____

PLZ / Ort _____

Bankverbindung

Name Kreditinstitut _____

I B A N (22-stellig) DE _____

B I C (11-stellig) _____

Die IBAN sowie die BIC-Nummer finden Sie auf dem aktuellen Kontoauszug Ihrer Bank!

Ort / Datum

Unterschrift Kontoinhaber/in