

Das **SEPA-Basis-Lastschriftmandat** bitte **im Original** mit Datum und Unterschrift **per Post** zurücksenden. Eine Rückgabe in Kopie, per Fax oder E-Mail ist leider nicht gültig!



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

Apothekerkammer Nordrhein
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Abteilung Beitrag
Poststr. 4
40213 Düsseldorf

Gläubiger-ID: **DE32AKN00000531244**
Mandatsreferenz: **sh. Beitragsbescheid**

SEPA-Lastschriftmandat für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren

Ich/Wir ermächtigen die Apothekerkammer Nordrhein, Zahlungen 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.

Das SEPA-Basis-Lastschriftmandat gilt nur für Zahlungen des Kammerbeitrages.

Ihre Apothekennummer (8-stellig)							

Kontoinhaber

Name, Vorname _____

Apothekenname _____

Strasse / Haus-Nr. _____

PLZ / Ort _____

Bankverbindung

Name Kreditinstitut _____

I B A N (22-stellig) DE _____

B I C (11stellig) _____

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

Ort / Datum

Unterschrift Kontoinhaber/in