Absender

_____ **Mitglieds-Nr.** _____
Vorname, Name

_____
Straße, Haus-Nr.

_____
Postleitzahl, Ort

Apothekerkammer Berlin
Littenstraße 10
10179 Berlin

SEPA – Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Apothekerkammer Berlin, meinen Kammerbeitrag zum Fälligkeitstermin von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Apothekerkammer Berlin auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Apothekerkammer Berlin, Littenstraße 10, 10179 Berlin
Gläubiger-Identifikationsnummer DE51ZZZ00000577074
Mandatsreferenz: **Ihre Mitgliedsnummer**

_____
Vorname, Name (Kontoinhaber/in)

_____
Straße, Haus-Nr.

_____
Postleitzahl, Ort

_____ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ I _ _ _
Kreditinstitut BIC

IBAN DE _ _ I _ _ _ _ I _ _ _ _ I _ _ _ _ I _ _ _ _ I _ _ _ _ I _ _

_____ _____
Ort und Datum Unterschrift