

Absender: _____

Mitglied-Nr.: _____

APOTHEKERKAMMER BERLIN
Littenstraße 10
10179 Berlin

Fax (0 30) 31 59 64 30

Bankeinzugsermächtigungen vereinfachen den Zahlungsverkehr!

Sehr geehrte Damen und Herren,

ihre Beiträge können Sie künftig auch mühelos von Ihrem Bankkonto durch uns abbuchen lassen. Die Einzugsermächtigung kommt Ihnen in verschiedenster Weise entgegen:

- ◆ Sie brauchen keine Überweisungen oder Schecks auszufüllen.
- ◆ Sie sparen sich den Weg zur Bank oder Post.
- ◆ Die Fälligkeitstermine halten wir für Sie im Auge.
- ◆ Sie haben 6 Wochen Rückrufrecht.
- ◆ Entstehende Guthaben werden wir selbstverständlich umgehend auf Ihr Konto zurückbuchen.

Wir würden uns freuen, Sie von dieser unkomplizierten Zahlungsweise überzeugen zu können.

Wenn Sie sich zum Lastschriftinzugsverfahren entscheiden, senden Sie bitte dieses Formular vollständig ausgefüllt und unterschrieben an uns zurück.

Bankeinzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich die Apothekerkammer Berlin, meine Beiträge zum jeweiligen Fälligkeitstermin von meinem Konto

Kto-Nr. **Kontoinhaber/in**.....

bei der **BLZ**..... **abzubuchen.**
Name der Bank

Ich verpflichte mich, zu den genannten Terminen für ausreichende Deckung auf meinem Konto zu sorgen. Eine Änderung meiner Bankverbindung werde ich Ihnen unverzüglich bekanntgeben.

Der erste Bankeinzug soll **sofort** **zum** **erfolgen.**
(Datum)

Berlin, den
eigenhändige Unterschrift

Auszug aus der Beitragsordnung

§ 5 Fälligkeit der Beiträge

- (1) Die Beiträge sind Jahresbeiträge und jeweils bis zum 30. Juni eines jeden Kalenderjahres zu entrichten.
- (2) Beiträge aufgrund von Bescheiden über einen Zeitraum von weniger als einem Kalenderjahr, Änderungsbescheide und Jahresbescheide, die nach dem 30. Juni erlassen werden, sind einen Monat nach Ergehen des Bescheides fällig.
- (3) Die Umsatzbeiträge nach § 3 Abs. 2 können in Vierteljahresraten bezahlt werden.... Die Vierteljahresraten sind jeweils am 15. des ersten Monats eines jeden Quartals fällig.