

Absender

Vorname, Name

Straße, Haus-Nr.

Postleitzahl, Ort

Mitglieds-Nr. _____

Apotheken-Nr. _____

Apothekerkammer Berlin
Littenstraße 10
10179 Berlin

Erklärung über die Beitragszahlung für Apothekeninhaber

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Ich zahle den Kammerbeitrag gemäß § 5 Abs. 1 der Beitragsordnung in Vierteljahresraten jeweils zum 15.01. / 15.04. / 15.07. / 15.10. eines jeden Kalenderjahres in folgender Weise:

 SEPA – Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Apothekerkammer Berlin, meinen Kammerbeitrag zum jeweiligen 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 Mitglieds-Nr. und Apotheken-Nr.**

Vorname, Name (Kontoinhaber/in)

Straße, Haus-Nr.

Postleitzahl, Ort

Kreditinstitut

BIC

IBAN DE ____ | ____ | ____ | ____ | ____

 Selbstzahler

Ich überweise den Kammerbeitrag zu den jeweiligen Fälligkeitsterminen selbst.

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift