Absender

_____
Vorname, Name

_____
Straße, Haus-Nr.

_____
Postleitzahl, Ort

APOTHEKER KAMMER BERLIN

Apothekerkammer Berlin
Littenstraße 10
10179 Berlin

Mitglieds-Nr. _____

Apotheken-Nr. _____

Erklärung über die Beitragszahlung für Apothekeninhaber
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Ich zahle den Kammerbeitrag gemäß § 5 Abs. 1 der Beitragsordnung eines jeden Kalenderjahres in folgender Weise:

☐ **BAV-Einzug**

Ich wünsche den Einzug meines Mitgliedsbeitrages über den Berliner Apotheker-Verein Apotheker-Verband Berlin (BAV) e.V..

oder

☐ **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

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

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

☐ **Selbstzahler**

Ich überweise den Kammerbeitrag zu den jeweiligen Fälligkeitsterminen selbst.

_____ _____
Ort und Datum Stempel und Unterschrift