

zurück an:

Apothekerversorgung  
Mecklenburg-Vorpommern  
Wismarsche Straße 304

19055 Schwerin

Tel.-Nr. 0385/592 54 -23 -24  
Fax-Nr. 592 54 -25  
Mail: [versorgung@akmv.de](mailto:versorgung@akmv.de)

Gläubiger-ID: DE63AVM00000529716

## SEPA-Lastschriftmandat

Hiermit ermächtige ich die Apothekerversorgung Mecklenburg-Vorpommern, die von mir zu entrichtenden Beitragszahlungen zur Apothekerversorgung M-V von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Apothekerversorgung M-V auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Kreditinstitut / Name

\_\_\_\_\_

IBAN

\_\_\_\_\_

BIC

\_\_\_\_\_

Mitglieds-Nr. (Mandatsreferenz)

\_\_\_\_\_

Name:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Bankdaten verwenden ab Monat/Jahr: \_\_\_\_\_

Bitte fertigen Sie sich eine Kopie für Ihre Unterlagen an.

Bei Änderung des Bankkontos benötigen wir ein neues SEPA-Lastschriftmandat.