

# SEPA-Lastschriftmandat

## gültig ab



**Zahlungsempfänger** Apothekerkammer Mecklenburg-Vorpommern  
Wismarsche Str. 304, 19055 Schwerin

Gläubiger-Identifikationsnummer DE41AKM00000366861

Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt

**Zahlungspflichtiger** (Kontoinhaber)  
(Name, Vorname, Titel)

Mitgliedsnummer

Anschrift  
(Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)

Email-Adresse (für Rückfragen)

### Einzugsermächtigung

Ich ermächtige den o.g. Zahlungsempfänger widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen des Mitgliedsbeitrags bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem Konto einzuziehen

### SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den o.g. Zahlungsempfänger, Zahlungen des Mitgliedsbeitrags von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom o.g. Zahlungsempfänger auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

dieses Lastschriftmandat ist beschränkt auf Beitragsforderungen für folgende Apotheke:

IBAN des Zahlungspflichtigen

DE \_\_\_\_\_

BIC \_\_\_\_\_ Kreditinstitut (Name)

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

Unterschrift

[Digitale Formulare: 1. Füllen Sie die **Felder** aus. 2. Fügen Sie eine gültige digitale Signatur hinzu. 3. Speichern Sie zum Ende die Datei mit neuem Dateinamen ab und übermitteln diese an uns.]

Antrag an die: Apothekerkammer Mecklenburg-Vorpommern  
digital als Email an [info@akmv.de](mailto:info@akmv.de) ; oder Postanschrift: Wismarsche Str. 304, 19055 Schwerin