

zurück an:

Apothekerversorgung
Mecklenburg-Vorpommern
Wismarsche Straße 304

Tel.-Nr. 0385/592 54 -23 -24
Fax-Nr. 592 54 -25
Mail: versorgung@akmv.de

19055 Schwerin

Gläubiger-ID: DE63AVM00000529716

SEPA-Lastschriftmandat

Für alle jetzigen und zukünftigen Beschäftigten (angestellte Apotheker und Pharmazeuten im Praktikum), die Mitglied in der Apothekerversorgung M-V sind und tätig sind in der

Apotheke: _____

Inhaber: _____

Betriebsnummer: _____

Mandatsreferenz-Nr. _____

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 _____

Ort, Datum _____

Unterschrift / Stempel _____

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.