

Apothekerversorgung
Schleswig-Holstein
Düsternbrooker Weg 75
24105 K i e l

Telefax
0431/5793560

ID-Nr. DE79ZZZ00000245897

Name/Mitgliedsnummer:

Mandatsreferenz:

Beitrag

SEPA-Lastschriftmandat

Hiermit ermächtige ich die Apothekerversorgung Schleswig-Holstein, die jeweilige Höhe der Rentenbeitragsmeldungen des Arbeitgebers

bei Fälligkeit (am 10. Banktag des nachfolgenden Monats) zu Lasten meines Kontos

Bank/Sparkasse/Postgiro

in

Kontonummer

Bankleitzahl

IBAN

BIC

ab

mittels SEPA Lastschriftmandat einzuziehen.

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

Änderungen der Bankdaten werden der Apothekerversorgung sofort mitgeteilt.

Ort/Datum

Unterschrift/Stempel