

SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen

Absender:

Sächsisch-Thüringische Apothekerversorgung
Pillnitzer Landstr. 10

01326 Dresden

Mitgl.-Nr.: _____

Name, Vorname: _____

Straße: _____

Postleitzahl: _____ Ort: _____

Ich ermächtige die Sächsisch-Thüringische Apothekerversorgung, die von mir zu entrichtenden Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift ab _____ einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Sächsisch-Thüringische Apothekerversorgung auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE88ZZZ00000786219

Mandatsreferenz (wird von STApV ausgefüllt!):

V _____ - _____

Hinweis: 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 Bankverbindung sind bis zum 15. des laufenden Monats durch ein neues SEPA-Lastschriftmandat schriftlich bekannt zu geben (Posteingang bei der Sächsisch-Thüringische Apothekerversorgung). Später eingehende Änderungen können erst im Folgemonat berücksichtigt werden.

IBAN: _____

BIC: _____

Kreditinstitut: _____

Kontoinhaber: _____

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift