Absender: _____

Mitglieds-Nr.: _____

Apothekerversorgung Berlin

Bitte urschriftlich zurück an:

Apothekerversorgung Berlin
Postfach 370146
14131 Berlin

Per Fax bitte zurück an: 030 / 81 60 02 - 40

SEPA-Lastschriftmandat
Apothekerversorgung Berlin, Potsdamer Str. 47, 14163 Berlin
Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE27AVB00000482834**
Mandatsreferenz: *wird Ihnen noch mitgeteilt*

Hiermit ermächtige ich die Apothekerversorgung Berlin Zahlungen von meinem Bankkonto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Versorgungseinrichtung auf mein Bankkonto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

_____
Vorname und Nachname (Kontoinhaber)

_____
Straße und Hausnummer

_____
Postleitzahl und Ort

IBAN: D E

BIC:

Geldinstitut: _____

_____
Datum, Ort Unterschrift (Kontoinhaber)

Stand 27.11.2020