SEPA-Lastschriftmandat

(Einzug von Forderungen mittels Lastschrift)

Berechtigter Zahlungsempfänger:

Versorgungswerk der
Apothekerkammer Westfalen-Lippe
Bismarckallee 25
48151 Münster

Angaben zum Mitglied:

Mitglieds-Nr.

Name des Mitglieds

Name der Apotheke / des Arbeitgebers

Ich ermächtige das Versorgungswerk der Apothekerkammer Westfalen-Lippe, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Versorgungswerk der Apothekerkammer Westfalen-Lippe auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 13ZZZ00000343697

Mandatsreferenz: **wird nach Bearbeitung separat mitgeteilt.**

☐ **Mandat für einmalige Zahlung**

☐ **Mandat für wiederkehrende Zahlungen ab:**

Beitragsmonat

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.

Kontoinhaber (Vorname und Name)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Kreditinstitut Name

BIC

IBAN

Ort

Datum

Unterschrift der / des Kontoinhabers

Wichtiger Hinweis: Das Formular muss im Original unterschrieben per Post zurückgesendet werden!

Hinweis für den Arbeitgeber: Das Versorgungswerk benötigt für jeden Mitarbeiter ein gesondertes Mandat!