SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen

Absender:

Sächsische Landesapothekerkammer
Frau Anna Tölle
Pillnitzer Landstr. 10
01326 Dresden

Mitgl.-Nr.: _____

Name, Vorname: _____

Straße: _____

Postleitzahl: _____ Ort: _____

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

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE39ZZZ00000785840

Mandatsreferenz *(wird von SLAK ausgefüllt!)*:

__ __ __ __ __ __ - _____

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 jeweils 14 Tage vor der Fälligkeit durch ein neues SEPA-Lastschriftmandat schriftlich bekannt zu geben (Posteingang bei der Sächsischen Landesapothekerkammer). Später eingehende Änderungen können erst zur nächsten Fälligkeit berücksichtigt werden.

IBAN: _____ _____ _____ _____ _____ _____

BIC: _____

Kreditinstitut: _____

Kontoinhaber: _____

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift/Stempel