Absender:
Mitglieds-Nr.:

Bitte zurück an:

Apothekerversorgung Niedersachsen
Potsdamer Str. 47
14163 Berlin

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

SEPA-Lastschriftmandat
Apothekerversorgung Niedersachsen, Potsdamer Str. 47, 14163 Berlin
Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE20AVN00000481505**
Mandatsreferenz: Wird gesondert mitgeteilt

Hiermit ermächtige ich die Apothekerversorgung Niedersachsen 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 20.09.2013