

# SEPA-Lastschriftmandat

(Einzug von Forderungen mittels Lastschrift)

Berechtigter Zahlungsempfänger:

VERSORGUNGSWERK  
der Landesapothekerkammer Hessen  
Körperschaft des öffentlichen Rechts  
Postfach 90 06 43  
60446 Frankfurt am Main

Angaben zum Mitglied:

\_\_\_\_\_  
Mitglieds-Nr.

\_\_\_\_\_  
Name des Mitglieds

\_\_\_\_\_  
Name der Apotheke / des Arbeitgebers

oder:  freiwilliger Beitrag

Ich ermächtige den oben genannten Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.  
Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von oben genanntem Zahlungsempfänger auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE73ZZZ00000252213

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

- Mandat für einmalige Zahlung  
 Mandat für wiederkehrende Zahlungen

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!**