

## Ermächtigung zum Einzug von Forderung durch Lastschrift

Zahlungsempfänger:

**Versorgungswerk  
der Landesapothekerkammer Hessen  
Körperschaft des öffentlichen Rechts  
Am Leonhardsbrunn 5  
60487 Frankfurt am Main  
Tel. : 0 69 / 97 95 09-46  
Fax : 0 69 / 97 95 09-44**

Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_

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

Name der/s Apotheke/  
Arbeitgebers \_\_\_\_\_

Hiermit ermächtige(n) ich/wir sie widerruflich, die von mir/uns für das vorgenannte Mitgliedskonto zu leistenden Zahlungen aufgrund der Beitragsverpflichtungen **zum Versorgungswerk** bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres nachfolgend aufgeführten Kontos durch Lastschrift einzuziehen.

Name des Kontoinhabers: \_\_\_\_\_

Konto-Nummer: \_\_\_\_\_

Kontoführendes Kreditinstitut: \_\_\_\_\_

Bankleitzahl: \_\_\_\_\_

Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Kontoinhabers

**Hinweis für den Arbeitgeber:**

**Das Versorgungswerk benötigt für jeden Mitarbeiter eine gesonderte Ermächtigung!**