

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.

Weiterhin stimme ich zu, dass das Versorgungswerk der LAK Hessen alle offenen Beiträge aus dieser Tätigkeit, auch rückwirkend, vom angegebenen Konto einzieht.

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

Rechtsgrundlage für die Erhebung und Verarbeitung Ihrer Daten ist § 3 Hessisches Datenschutz- und Informationsfreiheitsgesetz (HDSIG).

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!