

SEPA-Lastschriftmandat

(Einzug von Forderungen mittels Lastschrift)

Nur im **Original** unterschrieben per Post zurücksenden!

Berechtigter Zahlungsempfänger:

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

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: DE96ZZZ00000264021

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

LKZ PrüfZ BLZ

Kto.Nr.

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

Ort

Datum

Unterschrift der/des Kontoinhabers