



Absender: (nach Möglichkeit mit Stempel)

| | |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
|  |  |

Apothekerversorgung Niedersachsen

Postfach 37 01 46

14131 Berlin

Per Fax zurück an: 030 – 816002 70

Die Lastschriftermächtigung soll gelten:

ab Beitragsmonat _____

auch für rückwirkende Zeiträume

Betriebsnummer: ⇒

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

bitte unbedingt eintragen

ERMÄCHTIGUNG

Hiermit ermächtige ich die Apothekerversorgung Niedersachsen, die monatlichen Versorgungsabgaben für meine Angestellten bis auf Widerruf im Lastschrifteinzugsverfahren abzubuchen.

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Kontoinhaber: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Kontonummer: | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Bankleitzahl: | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Bankname: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IBAN: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| BIC: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Die monatlichen Beitragsnachweise sind ab dem 1.1.2009 auf elektronischem Weg zu übermitteln (DEÜV-Verfahren). Zertifizierte Gehaltsabrechnungsprogramme ermöglichen die direkte Meldung, ansonsten muß die Meldung der Beitragsnachweise mittels SV.NET/Online erfolgen.

Ort und Datum

Unterschrift des Kontoinhabers

Bitte beachten Sie folgende wichtige Hinweise:

1. Die Abbuchung wird zum 10. des Folgemonats vorgenommen.
2. Die Ermächtigung gilt für alle Angestellten, die in der Apothekerversorgung Niedersachsen Mitglied sind
3. Sie können die Ermächtigung jederzeit zurückziehen.
4. Senden Sie die Ermächtigung umgehend zurück, um eine termingemäße Abbuchung zu ermöglichen.
5. Eine Abbuchung, die nicht zum Fälligkeitszeitpunkt vorgenommen werden kann, wird nachgeholt.
6. Bitte teilen Sie uns jede Änderung (Kreditinstitut, Kontonummer) umgehend mit.