Lastschrifteinzugsermächtigung

APOTHEKERVERSORGUNG NIEDERSACHSEN
Einrichtung der Apothekerkammer Niedersachsen
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Bitte zurücksenden an:

Apothekerversorgung Niedersachsen
Postfach 37 01 46
14131 Berlin

Absender: _____
(Titel Name, Vorname)

Mitglieds-Nr.: _____
(8-stellige Nr.)

Oder per Fax, bitte zurück an: 030 / 81 60 02 - 888

Hiermit ermächtige ich die Apothekerversorgung Niedersachsen widerruflich, die von mir zu zahlenden monatlichen Versorgungsabgaben (=Rentenversicherungsbeiträge) zu Lasten meines Girokontos mittels Lastschrift einzuziehen.

Versorgungsabgaben werden mtl. zum Monatsultimo fällig, § 31 Abs. 1 ASO. Die Einzugsermächtigung soll für bestehende und zukünftige Beitragsforderungen wirksam werden.

Meine Bankverbindung lautet:

IBAN: D E

BIC:

Geldinstitut: _____

Kontoinhaber: ☐ selbst ☐ _____

☐ Der Beitragseinzug soll vorfristig / abweichend bereits jeweils zur Monatsmitte erfolgen.

_____
Unterschrift des Kontoinhabers, Datum

Bitte beachten Sie folgende wichtige Hinweise:

1. Die Abbuchung erfolgt (erst) zum 10. des Folgemonats. Beispiel: Der Beitragseinzug für Februar erfolgt zum 10. März. Wahlweise kann die Abbuchung auch zur Monatsmitte (= ca. 20. des lfd. Monats) erfolgen – dann bitte ankreuzen.
2. Der Einzug von einem Sparkonto (Sparbuch) oder einem ausländischen Girokonto ist nicht zulässig.
3. Sie können diese Ermächtigung jederzeit zurückziehen.
4. Die technische Einrichtung des Verfahrens nimmt einige Zeit in Anspruch. Senden Sie uns die Ermächtigung deshalb umgehend zurück. Eine Abbuchung, die nicht mehr rechtzeitig zum Fälligkeitszeitpunkt vorgenommen werden kann, wird nachgeholt.
5. Bitte teilen Sie uns jede Änderung (Kreditinstitut, IBAN / BIC) umgehend mit.