SEPA-Basis-Lastschriftmandat
für wiederkehrende Einzüge

Landesapothekerverband
Baden-Württemberg e.V.
Hölderlinstraße 12
70174 Stuttgart

senden Sie das Rückfax bitte an
0711/22334-5166 (alternativ 0711/22334-91)

Inhaber: _____

Apotheke: _____

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Ich ermächtige die unten angekreuzten Zahlungsempfänger, bis auf Widerruf, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Dies betrifft auch alle offenen Rechnungen.
Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von unten genannten Zahlungsempfängern auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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.

☐ Landesapothekerverband Baden-Württemberg e.V.
Gläubiger-ID: DE55LAV00000408416
Hölderlinstraße 12, 70174 Stuttgart

LAV Mitgliedsnummer (wenn zur Hand)

☐ **LAV Service GmbH**
Gläubiger-ID DE52SER00000408470
Hölderlinstraße 10, 70174 Stuttgart

LAV Service GmbH Kd-Nr. (wenn zur Hand)

☐ LAV-SOFO-MARKT
Gläubiger-ID DE68SOF00000408473
Hölderlinstraße 12, 70174 Stuttgart

LAV-SOFO-MARKT Kd-Nr. (wenn zur Hand)

Meine Bankverbindung:

D E

IBAN des Zahlungspflichtigen (Ihre IBAN und den BIC finden Sie auch auf Ihrem Kontoauszug)

BIC (8 oder 11 Stellen)

Bankinstitut

Kontoinhaber, wenn abweichend vom Inhaber

_____
Datum / Unterschrift / Apothekenstempel