

Landesapothekerkammer
Baden-Württemberg
Buchhaltung
Villastraße 1
70190 Stuttgart

Beitragseinzug im Lastschriftverfahren

Ich ermächtige die Landesapothekerkammer Baden-Württemberg bis auf Widerruf, den Kammerbeitrag zu Lasten meines nachstehenden Kontos einzuziehen:

(22 Zeichen)
 IBAN

BIC

Name und Ort des Bankinstituts

Mitgliedsnummer

Vorname Name

Straße PLZ, Ort

Ort, Datum Unterschrift