

Rücksendung nur per Post mit Originalunterschrift

Für jede Betriebsstätte (Haupt-/Filial-Apotheke) ist eine separate Meldung abzugeben.

Apothekerverband
Rheinland-Pfalz e. v. - LAV
Terrassenstr. 18
55116 Mainz

LAV Service GmbH
Terrassenstr. 18
55116 Mainz

Mitglieds-Nr.:

befindet sich auf dem Mitgliedsausweis
bzw. auf Ihrer Beitragsrechnung

**gilt für alle Abbuchungen beim LAV und LAV Service GmbH*

Name des Inhabers: _____

Apotheke:

Haupt-Apotheke **Filial-Apotheke**

Straße/Nr.: _____

PLZ/Ort: _____

IK: 306 _ _ _ _ _ (9-stellig, steht auf Rezept)
(Institutionskennzeichen)

Telefon mit Vorwahl: _____ **Fax:** _____

Email: _____

***Bankverbindung** (Bitte Zahlen deutlich lesbar schreiben!)

IBAN und BIC wird ausschließlich von der kontoführenden Bank vergeben und im Kontoauszug angegeben. Für jedes bestehende Euro-Konto wird eine separate IBAN vergeben.

Bank-Name: _____

IBAN: _____

(International Bank Account Number)

BIC: _____

(Bank Identifier Code)

Hiermit erteile ich dem LAV und der LAV Service GmbH die Ermächtigung die jeweils fälligen Beiträge und Gebühren von meinem o. g. Konto einzuziehen.

Ort/Datum

Unterschrift Apothekeninhaber/Stempel

Gläubiger-Identifikationsnummer im SEPA-Lastschriftverfahren
LAV DE47ZZZ00000599941 / LAV Service GmbH DE71ZZZ00000600285