

# 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