SEPA-Basis-Lastschriftmandat
für wiederkehrende Einzüge

LAV Service GmbH
Hölderlinstraße 10
70174 Stuttgart

Bitte ausgefüllt im Original per Post, per Fax 0711-22334-5166 oder per E-Mail an seminare@apotheker.de zurück senden!

Inhaber: _____

Apotheke: _____

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Ich ermächtige den unten angegebenen 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 Zahlungsempfänger 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.

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

LAV Mitgliedsnummer (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:In, wenn abweichend v. Inhaber:In

Datum / Unterschrift / Apothekenstempel

Information nach Art. 13 Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO)

Wir verarbeiten Ihre uns anvertrauten personenbezogenen Daten ausschließlich zum Zweck der Erfüllung der mit Ihnen geschlossenen Vereinbarung über die Durchführung des Mitgliedschaftsverhältnisses oder zur Durchführung vorvertraglicher Maßnahmen (Art. 6 Abs. 1 lit. b) DS-GVO), zur Wahrung berechtigter Interessen (Art. 6 Abs. 1 lit. f) DS-GVO) oder auf Grundlage einer uns erteilten Einwilligung (Art. 6 Abs. 1 lit. a) DS-GVO).

Ausführliche Informationen hierzu und zu Ihren Rechten sowie die Kontaktdaten unseres Datenschutzbeauftragten finden Sie auf www.apotheker.de /Datenschutz.