



**Apotheker ohne Grenzen Deutschland e.V.**  
**Gärtnerstraße 60**  
**80992 München**



Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE90ZZZ00000385573**

Mandatsreferenz: wird separat mitgeteilt

**SEPA-Lastschriftmandat** zum Einzug von Mitgliedsbeiträgen

Ich ermächtige Apotheker ohne Grenzen Deutschland e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von Apotheker ohne Grenzen Deutschland e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name, Vorname | Ansprechpartner .....

ggf. Apotheke | Institution | Unternehmen .....

Straße, Hausnummer .....

PLZ, Ort .....

Kreditinstitut .....

IBAN .....

BIC .....

Datum, Ort, Unterschrift .....

**Bitte nicht faxen sondern per Post senden!**