

Apotheke:

Betriebsnummer:

An die
Pharmazeutische Gehaltskasse f. Österreich
Abt. IV – Mitgliederbetreuung
Spitalgasse 31
1090 Wien

Fax: 01/40414-249

Betreff: Bankverbindung/Zahlungsmodalität

Mit diesem Schreiben gebe ich meine Bankverbindung sowie die Zahlungsmodalität bekannt.

Wirksam ab dem Kalendermonat/-jahr:

Bankverbindung für Rezepturlöse:

Bank:

IBAN:

Bankverbindung für Umlagenvorschreibungen und Zahlungsart:

Bank:

IBAN:

Bitte zutreffende **Zahlungsart** ankreuzen:

- per Bankeinzug (20.d.Monats) – Beiblatt „SEPA-Lastschrift-Mandat“ ist ausgefüllt beigelegt
- vom Rezepturlös (nach Einlagen der Rezepte)

(Im ersten Monat nach Betriebsübernahme ist die Begleichung der Umlagenvorschreibung aus organisatorischen Gründen nur per Überweisung/Einzahlung möglich.)

Stempel u. Unterschrift: LeiterIn der Apotheke

Datum: