

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 Rezepterlöse:

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 Rezepterlös (nach Einlagen der Rezepte)

Stempel u. Unterschrift: LeiterIn der Apotheke

Datum: