

411100

Mitteilung der Bankverbindung
Zusendung per Post, Fax oder E-Mail

Nacht- und Notdienstfonds
des Deutschen Apothekerverbandes e. V.
- Finanzmanagement -
Friedrichstraße 60
10117 Berlin

Fax: 030 3404490-80
E-Mail: fm@dav-notdienstfonds.de

Fonds-Ident-Nummer	
Firmenname	
OHG-Name	
Apothekeninhaber*in <i>(Anrede, Titel, Vorname/Name)</i>	
Straße:	Hausnummer:
PLZ:	Ort:

Für direkte Auszahlungen durch den NNF bezüglich aller ihm gesetzlich übertragenen Aufgaben ist ab sofort bis auf Widerruf die nachfolgende Bankverbindung zu nutzen:

Konto-Inhaber
(Anrede/Vorname/Name): _____

IBAN (22 Stellen):

D	E																					
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ort/Datum

Unterschrift Apothekeninhaber*in/Gesellschafter/Vertreter, Erben(-gemeinschaft)
Apothekenstempel

Vorname/Name in Druckbuchstaben

Anlagen (soweit erforderlich)

Vertretungsvollmacht bei Unterschriften einer oHG/GbR, Erbengemeinschaft oder sonstigen Dritten