

VORSTADT APOTHEKE
FRAU ANJA REINWART
SCHWERINER STR. 51
23909 RATZEBURG



Gläubiger-Identifikationsnummer: DE_____

Mandatsreferenz: _____
(wird von der Apotheke ausgefüllt)

SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

Ich ermächtige das oben genannte Unternehmen, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom oben genannten Unternehmen auf mein Konto gezogene Lastschrift 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.

Vorname und Nachname (Kontoinhaber)

Name des Apotheken-Kunden
(falls Rechnungen für einen Angehörigen oder Betreuungsperson bezahlt werden)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

BIC

DE _____
IBAN

Ratzeburg, _____
Datum und Unterschrift

