

Sepa Lastschriftmandat für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren

Wiederkehrende Zahlungen

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers:

Apotheke zur alten Post -apocompany-
Klara-M.-Faßbinder-Str. 19
53121 Bonn

Gläubiger-Identifikationsnummer :

DE 89 ZZZ 0000 18 78 712

Mandatsreferenz: (Ihre Kundennummer)

SEPA-Lastschriftsmandat:

Ich ermächtige die Apotheke zur alten Post -apocompany-, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Apotheke zur alten Post -apocompany-, auf mein Konto gezogenen Lastschriften 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.

Kontoinhaber:

Name und Vorname (Kontoinhaber):

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl und Ort:

Kreditinstitut (Name und BIC):

Datum:

Unterschrift (Kontoinhaber):