

SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Apotheke am Damm
Am Damm 17
55232 Alzey

DE45ZZZ00002778112

Gläubiger-Identifikationsnummer

Wird separat mitgeteilt!

Mandatsreferenz

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) die Apotheke am Damm, Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von der Apotheke am Damm auf mein (unser) Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann (wir können) innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem (unserem) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

☐ Wiederkehrende Zahlung

☐ Einmalige Zahlung

Zahlungspflichtiger

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Land

IBAN

SWIFT BIC

Ort

Datum

Unterschrift(en)