

SEPA Basislastschrift Formular

Apotheke

Martin Apotheke
Kölnstraße 55
53909 Zülpich
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE68ZZZ00002044184

Mandatsreferenz:

Erklärung

Ich ermächtige die Martin Apotheke, Kölnstraße 55, 53909 Zülpich, wiederkehrende Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Martin Apotheke 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

.....
Straße, PLZ, Ort

.....
Kreditinstitut

.....
BIC

.....
IBAN

Kunde

Kunde = Kontoinhaber

Kundenname:
.....
.....

.....
Datum

.....
Unterschrift Kontoinhaber