

SEPA

LASTSCHRIFT-MANDAT

DExxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx (Gläubiger-Identifikationsnummer des Zahlungsempfängers)

Mandatsreferenz wird später mitgeteilt

Ich ermächtige / wir ermächtigen

Eulen Apotheke, Apotheke am Rathaus und Taubengarten Apotheke (Name des Zahlungsempfängers) Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich / weisen wir mein / unser Kreditinstitut an, die von

Eulen Apotheke, Apotheke am Rathaus und Taubengarten Apotheke (Name des Zahlungsempfängers) auf mein / unser Konto gezogene 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.

Name des Zahlungspflichtigen

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort, Land des Zahlungspflichtigen

Bank - Name des Zahlungsdienstleisters des Zahlungspflichtigen

Internationale Bankleitzahl BIC des Zahlungsdienstleisters des Zahlungspflichtigen

DE _____
Internationale Bankkontonummer IBAN des Zahlungspflichtigen

Ort, Datum und Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen

Eulen Apotheke

Gustav-Heinemann-Ring 1a
63128 Dietzenbach
Tel.: 0 60 74 - 81 22 73 | Fax: 0 60 74 - 81 22 75
info@eulen-apotheke-dietzenbach.de
www.eulen-apotheke-dietzenbach.de

Apotheke am Rathaus

Alzenauer Straße 30b
63517 Rodenbach
Tel.: 0 61 84 - 50 44 9 | Fax: 0 61 84 - 50 48 9
info@apotheke-am-rathaus.com
www.apotheke-am-rathaus.com

Taubengarten Apotheke

Am Bocksborn 4
63571 Gelnhausen
Tel.: 0 60 51 - 15 31 3 | Fax: 0 60 51 - 17 53 4
info@taubengarten-apotheke.de
www.taubengarten-apotheke.de