

SEPA-Basis-Lastschrift-Mandat für wiederkehrende Zahlungen

APOPARK Apothekenbetriebs OHG, Danziger Str. 21, 82194 Gröbenzell

Gläubiger-Identifikationsnummer:

Mandatsreferenz:

Kundennummer:

Kundenname:

Hiermit ermächtige/n ich/wir die APOPARK Apothekenbetriebs OHG, ZAHLUNGEN von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir unser Kreditinstitut an, die auf meinem/unserem Konto gezogenen LASTSCHRIFTEN einzulösen.

Hinweis: Der Zahlungspflichtige kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit dem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name des Kontoinhabers

Straße, Hausnummer

PLZ/Ort

Kreditinstitut

IBAN

BIC

Zahlungsbedingungen:

Der Zahlungsempfänger hat die jeweilige Lastschrifteinlösung spätestens 14 Tage vor Einzug schriftlich unter Angabe des Betrages, des Fälligkeitsdatums, der Gläubiger-Identifikationsnummer und der Mandatsreferenz anzuzeigen.

Der Zahlungsempfänger hat vor dem ersten Einzug im SEPA-Lastschriftverfahren über den Einzug in dieser Verfahrensart zu informieren.

Ort, Datum

Unterschrift