

SEPA-Basislastschrift-Mandat

Mandatsreferenz

Zahlungsempfänger

Name/Firma	Apotheke im Medicus
Strasse und Hausnummer	Hagenbacher Str. 2
Postleitzahl	74177
Ort	Bad Friedrichshall
Land	Deutschland
Gläubiger-Identifikationsnummer	DE33ZZZ00001858574

Zahlungspflichtiger

Name/Firma	_____
Strasse und Hausnummer	_____
Postleitzahl	_____
Ort	_____
Land	Deutschland

Ich ermächtige die **Apotheke im Medicus**, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Apotheke im Medicus 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.

Kreditinstitut

IBAN

BIC

Ort, Datum

Unterschrift