Lastschrift-Mandat

Personaleinkauf

APOTHEKE
TELLINGSTEDT

DE38ZZZ00000374869
(Gläubiger-Identifikationsnummer des Zahlungsempfängers)

_____
(Mandatsreferenz wird später mitgeteilt)

SEPA-Lastschrift-Mandat
Ich ermächtige / wir ermächtigen
Apotheke Tellingstedt (Name des Zahlungsempfänges)
Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.
Zugleich weise ich / weisen wir mein / unser Kreditinstitut an, die von
Apotheke Tellingstedt (Name des Zahlungsempfänges)
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.

Angaben zum Zahlungspflichtigen

Vorname, Name _____

Straße, Haus-Nr. _____

PLZ, Ort, Land _____

Name der Bank _____

BIC _____

IBAN DE _____

_____
Ort, Datum Unterschrift(en) des/der Zahlungspflichtigen

Apotheke Tellingstedt
Hauptstraße 6
25782 Tellingstedt

Tel.: 0 48 38 - 315
Fax: 0 48 38 - 14 37
info@apotheke-tellingstedt.de