



Beiblatt zur Medikamenten-Bestellung

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger):

Klösterl-Apotheke am Färbergraben
Johannes Zeise-Wallbrecher e.K.
Postfach 10 09 05
80083 München

Gläubiger-Identifikationsnummer:
DE94ZZZ00000034846

SEPA-Lastschriftmandat

Wiederkehrende Zahlungen

Kontoinhaber (Vorname, Name)

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefonnummer: Festnetz oder Mobil

Kreditinstitut

BIC

IBAN: _____

Mandatsreferenz (= Kundennummer): _____ (wird Ihnen mit der Rechnung mitgeteilt)

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) die Klösterl-Apotheke, Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von der Klösterl-Apotheke auf mein (unser) Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis:

Ich kann (Wir können) innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem (unserem) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Im Rahmen des SEPA-Lastschriftmandates wird die Klösterl-Apotheke Sie mindestens 5 Tage vor Fälligkeit mit der jeweiligen Rechnung über Abbuchungsbetrag und Abbuchungstermin informieren (Pre-Notification).

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers