

Tel. +49 871 92319-0
Fax +49 871 92319-38
altstadt-apotheke-landshut.de
info@altstadt-apotheke-landshut.de



Name und Anschrift des Zahlungsempfängers

Altstadt-Apotheke Landshut
S. Wimmer und W. Praun oHG
Altstadt 27
84028 Landshut

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE0ZZZ00000330218

SEPA-Lastschriftmandat - Wiederkehrende Zahlungen

Kontoinhaber (Name, Vorname)

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Kreditinstitut

IBAN

Mandatsreferenz (=IBAN): Wird Ihnen mit der Rechnung mitgeteilt

Ich ermächtige/ Wir ermächtigen die Altstadt-Apotheke, Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/ weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Altstadt-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 Altstadt-Apotheke Sie mindestens fünf Tage vor Fälligkeit mit der jeweiligen Rechnung über Abbuchungsbetrag und Abbuchungstermin informieren (Pre-Notification)

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers