

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger):

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

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE02ZZZ00000330218

## 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