

SEPA-Lastschriftmandat

Rats-Apotheke Dachau, Mittermayerstr. 13, 85221 Dachau
Gläubiger-Identifikationsnummer **DE48ZZZ00001461865**
Mandatsreferenz: Beleg-Nummer

Ich ermächtige die Rats-Apotheke Dachau, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Rats-Apotheke Dachau 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.

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Kreditinstitut

-----|-----
BIC

DE --|---|---|---|---|---
IBAN

Datum, Ort und Unterschrift