Kissel-Apotheke Inh. Malte Uhlendorf e.K. – Mörfelder Landstr. 235 – 60598 Frankfurt

Gläubiger-Identifikationsnummer **DE48ZZZ00002067436**

Mandatsreferenz (Kundennummer):

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Kissel-Apotheke Inh. Malte Uhlendorf e.K., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.
Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Kissel-Apotheke Inh. Malte Uhlendorf e.K. 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 (Zahlungspflichtiger): _____

Straße und Hausnummer: _____

Postleitzahl und Ort: _____

Kreditinstitut: _____

BIC: _____

IBAN: _____

Kontoinhaber: _____

☐ Ich bitte darum alle momentan offenen Rechnungen und Forderungen einzuziehen. (ggf. ankreuzen)

_____

Datum, Ort Unterschrift