

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger):

Rondell Apotheke
Sonja Michalke e.K.
Isenschmidstraße 19
81545 München

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE50 ZZZ 00000 348172

Einmaliges SEPA-Lastschriftmandat

Kontoinhaber (Vorname, Name)

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Kreditinstitut

BIC

IBAN:

Mandatsreferenznummer (= Bon-Nummer)

Hiermit ermächtige ich die Rondell Apotheke

die Lieferung / Abholung vom:

Bon-Nummer:

Betrag in €:

einmalig von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Rondell Apotheke auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers