

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger):

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

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE50ZZZ00000348172

SEPA-Lastschriftmandat

Wiederkehrende Zahlungen

Kontoinhaber (Vorname, Name)

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Kreditinstitut

BIC

IBAN:

Mandatsreferenznummer (= Debitorennummer): (wird Ihnen mit der Rechnung mitgeteilt)

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) die Rondell Apotheke, Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von der Rondell Apotheke auf mein (unser) Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Die Rechnungen werden mir (uns) vor Einzug vorgelegt.

Nach Prüfung (8 Tage) der Rechnungen kann der Einzug erfolgen.

Das SEPA-Lastschriftmandat kann jederzeit widerrufen werden.

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.

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers