

SEPA-Lastschriftmandat

Ostenfelder Apotheke Jonas Friedrichson e.K. Hauptstraße 49 - 25872 Ostenfeld
Gläubiger-Identifikationsnummer DE62ZZZ00002646080
Mandatsreferenz

Vorname und Name (Zahlungspflichtiger)

Straße und Hausnummer

PLZ, Ort

Kreditinstitut

BIC

IBAN

Kontoinhaber:in

Ich ermächtige die Ostenfelder Apotheke Jonas Friedrichson e.K., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Ostenfelder-Apotheke Jonas Friedrichson 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.

Ort, Datum

Unterschrift