F95 SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Sehr geehrte Damen und Herren,

gerne richten wir für Sie die Möglichkeit ein, Ihre Einkäufe bei uns monatlich zu bezahlen. Am Ende eines jeden Monats bekommen Sie von uns eine Rechnung über alle in den vorangegangenen vier Wochen gekauften Artikel. Einige Tage später buchen wir dann den Rechnungsbetrag von Ihrem Konto ab. Damit wir Ihnen diese bequeme Art der Bezahlung ermöglichen können, bitten wir Sie dieses Formular auszufüllen und an uns zu übermitteln.

*Hiermit ermächtige ich die **Markt Apotheke in Weissach Flacht** und die **Rathaus Apotheke in Rutesheim**, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich unser Kreditinstitut an, die auf meinem Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.*

Der Zahlungsempfänger (Apotheke) hat die jeweilige Lastschrifteinlösung spätestens 3 Tage vor Einzug schriftlich unter Angabe des Betrages, des Fälligkeitsdatums, der Gläubiger-Identifikationsnummer und der Mandatsreferenz anzuzeigen.

Der Zahlungspflichtige (Kunde) kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Rückerstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit dem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name, Vorname Kontoinhaber	
Name, Vorname Patient (falls abweichend)	
Straße, Hausnummer	
Postleitzahl, Ort	
Name Kreditinstitut	
IBAN	D E
BIC	
Ort, Datum	
Unterschrift Kontoinhaber	

Vielen Dank und freundliche Grüße!
Ihr Team der Apotheke

Gläubiger-Identifikation		***Bitte frei lassen – wird von Apotheke ausgefüllt!***
Mandatsreferenz		
Kundennummer		