Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Zahlungsempfänger: Versandapotheke Am Flughafen
Str. Usti nad Labem 2
09119 Chemnitz

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 84ZZZ00000604998

Mandatsreferenz entspricht der Kundennummer des Zahlungspflichtigen.

Zahlungspflichtiger: Name: _____

Anschrift: _____

_____

Kundennummer: _____

SEPA-Lastschriftmandat

Hiermit ermächtige ich die Versandapotheke Am Flughafen, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Versandapotheke Am Flughafen auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belastenden Betrages verlangen. Es gelten die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber (Vorname, Name):_____

Kreditinstitut: _____

BIC: _____

IBAN: DE_ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

Dieses Mandat ist bis auf Widerruf gültig und gilt auch für wiederkehrende Zahlungen.
Rechtzeitig vor dem Einzug einer SEPA-Basislastschrift wird mich die Versandapotheke Am Flughafen über den Einzug in dieser Verfahrensweise informieren.
Sind Zahlungspflichtiger und Kontoinhaber nicht identisch, so gilt dieses SEPA-Lastschriftmandat für die Vereinbarung mit dem Zahlungspflichtigen.