

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschriften

Zahlungsempfänger:

Hankens Haaren Apotheke

Haarenstr. 38

26122 Oldenburg

Fax: 0441-9992737

Gläubiger Identifikationsnummer: DE96ZZZ00000393031

Zahlungspflichtiger:

Vorname: _____ Nachname: _____

Adresse: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Telefonnummer: _____

Mailadresse: _____

Ansprechpartner zu Hause: _____
(falls abweichend vom o. g.)

Abweichender Zahlungspflichtiger für o.g. Zahlungspflichtigen

Vorname: _____ Nachname: _____

Adresse: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Ich bin damit einverstanden, dass fällige Beträge bis auf Widerruf von meinem Konto per Lastschrift eingezogen werden.

Bitte ziehen Sie auch bereits fällige offene Rechnungen ein

IBAN: _____ BIC: _____

Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen. Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend ab Belastungsdatum, die Erstattung des belastenden Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen

Ort, Datum

Unterschrift(en) Zahlungspflichtiger

Abweichender Zahlungspflichtiger