

## Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschriften

### **Zahlungsempfänger:**

**Hankens Alexander Apotheke**

Alexanderstr. 121

26121 Oldenburg

Fax: 0441-885813

Gläubiger Identifikationsnummer: DE71ZZZ00001888736

### **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