

Einzugsermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschriften

Zahlungsempfänger:

Hankens Haaren Apotheke

Haarenstr. 38
26122 Oldenburg

Hankens Apotheke in den Höfen

Grüne Str. 10
26121 Oldenburg

Hankens Hansa Apotheke

Alter Postweg 125
26133 Oldenburg

Hankens Alexander Apotheke

Alexanderstr. 125
26121 Oldenburg

Hankens Flora Apotheke

Bahnhofstr. 15
26209 Hatten/Sandkrug

Zahlungspflichtiger:

Vorname _____ Nachname _____

Adresse: _____

PLZ: _____

Ort: _____

Telefonnummer: _____

Mailadresse: _____

Ansprechpartner zu Hause: _____

(falls abweichend vom o. g.)

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 (siehe oben) keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

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

Ort, Datum

Unterschrift(en)