

## 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)