

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.)

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)