

Fax 0800 0 766 767

Die Mehrzahl unserer Kunden hat sich für die komfortable **Zahlung per Einzugsermächtigung** entschieden: Für Sie und für uns der bequemste Weg.

Gläubiger-Identifikationsnummer DE60ZZZ00002329217

Mandatsreferenz: _____
(Die Mandatsreferenz ist Ihre Kundennummer bei uns.
Sollte Ihnen diese noch nicht vorliegen, teilen wir Sie Ihnen mit!)

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die BergApotheke Tecklenburg, die jeweils fälligen Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der BergApotheke auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Vorname und Name Kontoinhaber

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Kreditinstitut (Name und BIC)

DE _____
IBAN

Datum, Ort und Unterschrift des Arztes