



HEMOCARE · LIEFERDIENST · SERVICE

## SEPA Basis-Lastschrift-Mandat

Apotheke Apotheke Lux 99  
Luxemburger Str. 99  
50354 Hürth  
Gläubiger-Identifikationsnummer DE85ZZZ0000619918  
Mandatsreferenz

Erklärung Ich ermächtige die oben genannte Apotheke, wiederkehrende Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der oben genannten Apotheke auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.  
Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belastenden Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

### Kontoinhaber

Name   
Straße   
PLZ, Ort   
Kreditinstitut   
BIC   
IBAN DE

### Unterschrift

Datum, Unterschrift