

Post-Apotheke Marktstr. 5 - 38700 Braunlage

Gläubiger-Identifikationsnummer DE25ZZZ00001212407

Mandatsreferenz

Datum 19.06.2024

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Post-Apotheke, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Post-Apotheke 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 (Zahlungspflichtiger):

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl und Ort:

Kreditinstitut:

BIC:

IBAN:

Kontoinhaber:

Datum, Ort

Unterschrift