



# Apotheke am Berliner-Tor-Platz

Ihr Experte für grüne Medizin

SEPA-Lastschriftmandat:

Zahlungsempfänger:

**Apotheke am Berliner-Tor-Platz**  
**Wallstr.4**  
**46483 Wesel**

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE57ZZZ00001871043

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen)

\_\_\_\_\_

---

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen (auch Wiederkehrende Zahlung) von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger ( Name siehe oben) auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

---

Kontoinhaber:

Name: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Kreditinstitut: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum,Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift