



Rathausplatz 34- 74388 Talheim
Tel.: 07133 / 98 62 0
Fax: 07133 / 98 62 13
info@rosenapothecken.de

SEPA-Basislastschrift-Mandat

Mandatsreferenz

Zahlungsempfänger

Name/Firma	Rosen Apotheke Talheim
Strasse und Hausnummer	Rathausplatz 34
Postleitzahl	74388
Ort	Talheim
Land	Deutschland
Gläubiger-Identifikationsnummer	DE83ZZZ00001019303

Zahlungspflichtiger

Name/Firma	_____
Strasse und Hausnummer	_____
Postleitzahl	_____
Ort	_____
Land	Deutschland

Ich ermächtige die **Rosen Apotheke**, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Rosen 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.

Kreditinstitut

IBAN

BIC

Ort, Datum

Unterschrift