

## Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

**Name des Zahlungsempfängers:**

Pluspunkt Apotheke im Oder-Center

**Straße und Hausnummer:**

Landgrabenpark 1

**Postleitzahl und Ort:**

16303 Schwedt/Oder

**Gläubiger- Identifikationsnummer:**

DE60ZZZ00000572256

**Mandatsreferenz:**

(wird von der Apotheke vergeben)

**Einzugsermächtigung:**

Ich ermächtige / Wir ermächtigenden Zahlungsempfänger (Name siehe oben) widerruflich die von mir/ uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.

**SEPA-Lastschriftmandat:**

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein / unser Konto gezogene Lastschriften einzulösen.

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

**Zahlungsart:**

Wiederkehrende Zahlung  Einmalige Zahlung

**Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):****Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)**

**Straße und Hausnummer:**

**Postleitzahl und Ort:**

**IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen):**

| \_\_\_\_\_ |

**BIC (8 oder 11 Stellen):**

| \_\_\_\_\_ |

**Ort:**

**Datum (TT/MM/JJJJ)**

| \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ |

**Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):**