

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Alpha Apotheke Bochum, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Alpha Apotheke Bochum 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:	

Bochum, , Unterschrift des/der Versicherten