

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschrift



Name und Anschrift des Zahlungsempfängers:

Name und Anschrift des Kontoinhabers:

Schloss-Apotheke
Inhaber Matthias Stadler e.K.
Hauptstraße 53
88326 Aulendorf

Hiermit ermächtige(n) ich / wir Sie widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen wegen
Verpflichtungsgrund, ev. Betragsbegrenzung

bei Fälligkeit zu Lasten meines / unseres Kontos

Kontonummer

Bankleitzahl

IBAN

BIC

Genauere Bezeichnung des kontoführenden Kreditinstituts

durch Lastschrift einzuziehen.

Wenn mein / unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden
Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung.

Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

Ort, Datum

Unterschrift(en)