HUBERTUS-APOTHEKE

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige hiermit die **Hubertus-Apotheke, Amtsstraße 7, 19089 Crivitz,**

Gläubiger Identifikationsnummer DE 05ZZZ00000620291

Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift 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.

Name	
Vorname	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	

Name der Bank	
IBAN	**DE**
BIC	

Die Mandatsreferenznummer entspricht Ihrer Kundennummer.

Ort, Datum

Unterschrift

Hubertus – Apotheke
Inh. Christian Braun e.K.
Amtsstraße 7, 19089 Crivitz
www.hubertus-apotheke-crivitz.de

Tel. +49 (0)3863 55700
Fax. +49 (0)3863 55701
info@hubertus-apotheke-crivitz.de

Deutsche Apotheker- und Ärztebank
IBAN DE11 3006 0601 0008 049 408
BIC DAAEDEDDXXX
Registernummer: HRA 1386
Steuernummer: 090/209/01478
Amtsgericht Schwerin, USt.-IdNr. DE814021293