

## Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

### Bitte im Original zurück an:

Igel-Apotheke  
Schwaneweder Str. 21-23  
28779 Bremen

**Gläubiger-Identifikationsnummer:**

**DE44ZZZ00002289250**

**Mandatsreferenz:**

(Wird von uns nachträglich ausgefüllt)

### SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n) die Igel-Apotheke, Schwaneweder Str. 21-23, 28779 Bremen (im Folgenden „Igel-Apotheke“) widerruflich, wiederkehrende Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der Igel-Apotheke auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

### Hinweise:

Der jeweilige Rechnungsbetrag wird frühestens eine Woche nach Rechnungsstellung von Ihrem Konto eingezogen.

Ich/Wir kann/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.

Das SEPA-Lastschriftmandat gilt ab dem \_\_\_\_\_

Name des  
Zahlungspflichtigen: \_\_\_\_\_

Name des  
Kontoinhabers: \_\_\_\_\_

Adresse des  
Kontoinhabers: \_\_\_\_\_

Name der Bank: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Kontoinhabers/-bevollmächtigten