


SEPA-Basis Lastschriftmandat	
Zahlungsempfänger	
Firmenname	Witzleben Apotheke 26, Claudia Neuhaus e.Kfr.
Anschrift	Kaiserdamm 26
PLZ, Ort	14057 Berlin
Gläubiger-ID	DE53ZZZ00000276144
Mandatsreferenz	
Zahlungspflichtiger	
Kontoinhaber	
Anschrift	
PLZ, Ort	
Zahlungsart	<input type="checkbox"/> wiederkehrende Zahlung <input type="checkbox"/> einmalige Zahlung
Kreditinstitut	
IBAN	
BIC	
SEPA Basis Lastschrift-Mandat	
<p>Ich ermächtige die Witzleben Apotheke 26, Kaiserdamm 26, 14057 Berlin, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich unseren oben genannten Zahlungsdienstleister an, die von der Witzleben Apotheke 26 gezogenen Lastschriften einzulösen.</p> <p>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.</p>	
 Ort, Datum Unterschrift (Zahlungspflichtiger)	