

ERTEILUNG EINER EINZUGSERMÄCHTIGUNG

EINZUGSERMÄCHTIGUNG

Ich ermächtige / Wir ermächtigen die

Hohenzollern Apotheke

Eberwein & Plassmann OHG
Hohenzollernring 59
48145 Münster

widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.

ZAHLUNGSART

Wiederkehrende Zahlung

Einmalige Zahlung

KONTOINHABER

Name, Vorname

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

BANKVERBINDUNG

Kreditinstitut

IBAN (max. 22 Stellen)

Ort

BIC (8 oder 11 Stellen)

UNTERSCHRIFT

Ort, Datum

Unterschrift des Zahlungspflichtigen
(Kontoinhaber)