

**SEPA Lastschriftmandat – Apopharm GmbH**

Apopharm GmbH, Daimlerstr. 6, D-67454 Haßloch

Tel. 06324-9268370, Fax 06324-9268371, E-Mail: [info@apopharm.de](mailto:info@apopharm.de), [www.apopharm.de](http://www.apopharm.de)

Gläubiger-Identifikationsnummer DE31ZZZ00000048978

Mandatsreferenz: (Ihre Kundennummer)

Kundennummer:

Vorname und Name /Firma:

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl und Ort:

**Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats**

**1. Einzugsermächtigung**

Ich ermächtige die Apopharm GmbH widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem Konto einzuziehen.

**2. SEPA Lastschriftmandat**

Ich ermächtige die Apopharm GmbH, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Apopharm GmbH auf mein Konto gezogenen Lastschriften 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.

Kreditinstitut: (Name): \_\_\_\_\_

Kontonummer: \_\_\_\_\_

Bankleitzahl: \_\_\_\_\_

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

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

Abweichender Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

Ort, Datum, Unterschrift