

Datenschutz-Handbuch für Apotheken

SEPA-Basislastschriftmandat

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers _____ Name und Anschrift des Kontoinhabers _____

A&A ARBEITSSCHUTZ GMBH®
Kölner Str. 76

41812 Erkelenz

Gläubiger-Identifikationsnummer:
DE900010000912477

Kunden-Nr.: _____

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

Mandatsreferenz: Diese wird Ihnen gesondert auf Ihrer Rechnung mitgeteilt

Ich ermächtige/Wir ermächtigen die A&A Arbeitsschutz GmbH, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der A&A Arbeitsschutz GmbH auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweise: Ich kann/Wir 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. Die evtl. von meinem Kreditinstitut erhobenen Kosten für

- 1.) eine unberechtigte Rückerstattung und
- 2.) einen nicht ausführbaren Einzug wegen nicht mitgeteilter Änderung meiner Kontoinformationen

kann die A&A Arbeitsschutz GmbH von mir zurückfordern.

Name der Bank bzw. des Kreditinstituts

IBAN

SWIFT/BIC

Ort, Datum

Unterschrift(en)