

SEPA-Lastschriftmandat

Name und Anschrift der heimversorgenden Apotheke (Zahlungsempfänger/Gläubiger):

.....
.....
.....
.....

Gläubiger-Identifikationsnummer:

Hiermit ermächtige ich die oben genannte Apotheke, die von mir selbst zu zahlenden Entgelte für die Versorgung mit Arzneimitteln, apothekenpflichtigen Medizinprodukten und apothekenüblichen Waren, insbesondere für die gesetzliche Zuzahlung, für die trotz Befreiung von der gesetzlichen Zuzahlung anfallenden Eigenanteile sowie für die Kosten für Privatverschreibungen und persönliche Bestellungen, monatlich von meinem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen.

Gleichzeitig weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Vor dem ersten Einzug der SEPA-Lastschrift wird mich die Apotheke über den Einzug unterrichten. Die Vorankündigung der Folge-lastschriften erfolgt durch Zustellung der Monatsrechnung. Aus der Rechnung ergeben sich die Gesamthöhe und der Zeitpunkt des Einzugs.

Mandatsreferenz: Die jeweilige Mandatsreferenz ist der Monatsrechnung zu entnehmen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungspflichtiger (Kontoinhaber):

Name, Vorname:

Straße/Hausnr.:

PLZ und Ort:

Kreditinstitut (Name):

BIC:

IBAN: DE

Ort, Datum

Unterschrift des Bewohners/des gesetzlichen Vertreters