



Erteilung einer Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige(n) ich/wir die

Apotheke am Heeperholz (Heeperholz 1; 33719 Bielefeld)

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

Versorgter Kunde: _____

Name, Vorname (Kontoinhaber): _____

Straße und Hausnummer: _____

PLZ und Ort: _____

Kreditinstitut: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Ort; Datum: _____

Unterschrift Kontoinhaber: _____

Apotheke am Heeperholz
Heeperholz 1
33719 Bielefeld
buchhaltung-heeperholz@apotheken-heepen.de
www.apotheken-heepen.de