

## SEPA-Basislastschrift-Mandat

Mandatsreferenz

### Zahlungsempfänger

Name/Firma	<b>Salinen-Apotheke</b>
Strasse und Hausnummer	<b>Friedrichshaller Str. 15</b>
Postleitzahl	<b>74177</b>
Ort	<b>Bad Friedrichshall</b>
Land	<b>Deutschland</b>
Gläubiger-Identifikationsnummer	<b>DE33ZZZ00001858574</b>

### Zahlungspflichtiger

Name/Firma	_____
Strasse und Hausnummer	_____
Postleitzahl	_____
Ort	_____
Land	<b>Deutschland</b>

Ich ermächtige die **Salinen-Apotheke**, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Salinen-Apotheke 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

**IBAN**

**BIC**

\_\_\_\_\_  
**Ort, Datum**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift**