



Wir bieten Ihnen die Möglichkeit, am Lastschriftverfahren teilzunehmen. Selbstverständlich werden Sie über die fälligen Zahlungen vorab schriftlich per Rechnung informiert.

Wenn Sie diese Zahlungsart wünschen, geben Sie bitte nachfolgend Ihre Kontoverbindung an.

Kontoinhaber	
Bank	
IBAN	
BIC	

Ich bevollmächtige die Witzleben Apotheke 24 & 26 zum Einzug offener Forderungen per Lastschrift von meinem Bankkonto.

Vor Abbuchung werde ich von der Witzleben Apotheke 24 & 26 schriftlich informiert.

Die Erklärung zur Teilnahme am Lastschriftverfahren ist jederzeit gegenüber der Witzleben Apotheke 24 & 26, Kaiserdamm 24 & 26, 14057 Berlin, schriftlich widerrufbar.

Die letzte Abbuchung, die vor der Widerrufserklärung vorgenommen wurde, kann innerhalb von 6 Wochen nach der Abbuchung widerrufen werden.

Ort, Datum, Unterschrift