Lastschriftmandat (wiederkehrende Basislastschrift)

marpinion

Firmendaten

marpinion GmbH, Keltenring 1-3, 82041 Oberhaching

D	E	8	8	Z	Z	Z	0	0	0	0	1	4	5	1	5	4	2

Gläubiger-Identifikationsnummer

Daten Apotheken-Inhaber:in

Eindeutige Mandatsreferenz
(Kundennummer)

Startdatum für Lastschriftmandat

				2	0		

Apotheke
(Kontoinhaber:in)

Vorname
(Kontoinhaber:in)

Nachname
(Kontoinhaber:in)

Straße/Hsnr.
(Kontoinhaber:in)

PLZ/Ort
(Kontoinhaber:in)

Lastschriftmandat (wiederkehrende Basislastschrift)

IBAN Nummer:
(Kontoinhaber:in)

D	E																			

BIC:
(Kontoinhaber:in)

Ermächtigung

Ich ermächtige die marpinion GmbH, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die durch die marpinion GmbH von meinem Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis:
Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des jeweiligen Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Das Lastschriftmandat gilt auch rückwirkend für bestehende Verbindlichkeiten gegenüber der marpinion GmbH.

Ich erteile die Einzugsermächtigung für die oben genannte Apotheke und erkläre hierzu seitens der Apotheke berechtigt zu sein.

X

Unterschrift Vertragspartner:in

Ort, Datum

Lastschriftmandat, V2026-09-SUP02