

# SEPA-Mandat

DE7122200001896011

(Gläubiger-Identifikationsnummer des Zahlungsempfängers)

---

(Mandatsreferenz wird später mitgeteilt)

## SEPA-Lastschrift-Mandat

Ich ermächtige / wir ermächtigen

**Lamberti-Apotheke Hildesheim** (Name des Zahlungsempfängers)

Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich/ weisen wir mein / unser Kreditinstitut an, die von

**Lamberti-Apotheke Hildesheim** (Name des Zahlungsempfängers)

Auf mein / unser Konto gezogene Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann / wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem

Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen.

Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

---

(Name des Zahlungspflichtigen)

---

(Straße, Hausnummer, PLZ, Ort, Land des Zahlungspflichtigen)

---

Bank (Name des Zahlungsdienstleisters des Zahlungspflichtigen)

---

(Internationale Bankleitzahl BIC des Zahlungsdienstleisters des Zahlungspflichtigen)

DE

---

(Internationale Bankkontonummer IBAN des Zahlungspflichtigen)

---

(Ort, Datum und Unterschrift (en) des  
Zahlungspflichtigen)