

SEPA Lastschrift-Mandat

Ich ermächtige/ Wir ermächtigen (A) eFarma BV, Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein/ weisen wir unser Kreditinstitut an, die von eFarma auf mein/ unser Konto gezogenen 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.

Meine/ Unsere Rechte zu diesem Mandat sind in einem Merkblatt enthalten, das ich/ wir bei meinem/ unserem Kreditinstitut anfordern kann/ können.

Bitte alle Felder ausfüllen.

Mandatsreferenz

Ihre **eFarma-Kundennummer** / Mandatsreferenz:

||| ||| ||| ||| ||| ||| (Pflichtangabe)

Mit Bezug auf den Bestellung _____
Vertrag:

Zahlungsart: Wiederkehrende Lastschrift (mehrmalige Nutzung)

Identifikation des Zahlungspflichtigen (vom Zahlungspflichtigen auszufüllen)

Name: _____

(maximal 70 Zeichen)

Anschrift: _____

(maximal 70 Zeichen)

Postleitzahl: _____ Ort: _____

Land: _____

(IBAN und BIC finden Sie in Ihren Kontoauszügen)

IBAN des Zahlungspflichtigen: _____

BIC Bankleitzahl des Zahlungspflichtigen: _____

(BIC, maximal 11 Zeichen, keine Pflicht in Belgien)

Datum: ____ . ____ . ____

Ort: _____

Name: _____

Unterschrift

Bitte portofrei zurücksenden an:

Apotheke eFarma
Int. Business Return Service
IBRS / CCRI Numéro 365
1940 VB Beverwijk
Niederlande