

Fon

0 37 62 / 95 71 42

Fax

0 37 62 / 95 71 49

E-Mail

service@actavia.de

actavia - Meine Versandapotheke • Markt 3 • 08451 Crimmitschau

Persönliche Daten Frau Herr

SEPA-Lastschriftmandats-Referenz:

.....
(Kundennummer)

.....
Vorname / Name

.....
Telefon (wichtig für Rückfragen)

.....
Strasse / Nr.

.....
E-Mail

.....
PLZ / Ort / Land

Bankverbindung

.....
Kontoinhaber

.....
BIC

.....
IBAN

.....
Bank

Hiermit bitten wir Sie wideruflich, alle wiederkehrenden Zahlungen

die von der
Actavia - Meine Versandapotheke
Markt 3
08451 Crimmitschau

Bankverbindung
Deutsche Bank AG Zwickau / Chemnitz
IBAN: DE37 8707 0000 0219 9099 01
BIC: DEUTDE8CXXX
Gläubiger-Identifikationsnummer : DE44ZZZ00000579431

für mich / uns bei Ihnen eingehende Lastschriften im SEPA-Lastschriftmandat
zu Lasten meines / unseres Kontos mit der Nummer

.....
IBAN

.....
BIC

.....
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

Diese Ermächtigung gilt ab sofort.

Diese Ermächtigung gilt auch für alle offenen Rechnungen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift