



Sonnen – Apotheke

Blister – Center

Apotheker Dr.rer.nat. Gerald v. Schumann e.K.
Wilhelm-Leuschner-Straße 27 Telefon 06071 – 498742020
64846 Groß – Zimmern Telefax 06071 – 498742490
www.sun-apo .de E-Mail Info@sun-apo.de

Einzugsermächtigung

Zum Einzug von Forderungen durch Lastschrift

Hiermit ermächtige ich, nach Erhalt der Rechnung, die Sonnen-Apotheke/das Blisterzentrum, Groß-Zimmern bis auf schriftlichen Widerruf den Rechnungsbetrag von meinem Konto einzuziehen.

Sollte sich die Bankverbindung ändern, wird diese sofort der Apotheke mitgeteilt.

Bewohner: _____

Pflegeeinrichtung: _____

Kontoinhaber: _____

Bank: _____

BLZ: _____

Kontonummer: _____

BIC _____

IBAN _____

Noch offene Rechnungen werden mit eingezogen.

Ort

Datum

Unterschrift