SEPA-Basis-Lastschriftmandat
für wiederkehrende Einzüge

LAV-SOFO-MARKT
Hölderlinstraße 12
70174 Stuttgart

Bitte im Original, per Fax
(0711) 2 23 34-5126 (alternativ (0711) 2 23 34-98)
oder an sofo@apotheker.de
zurück senden!

Inhaber: _____

Apotheke: _____

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Ich ermächtige den unten angegebenen Zahlungsempfänger, bis auf Widerruf, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Dies betrifft auch alle offenen Rechnungen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom unten genannten Zahlungsempfänger auf mein Konto gezogenen Lastschriften 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.

LAV-SOFO-MARKT
Gläubiger-ID: DE68SOF00000408473
Hölderlinstraße 12, 70174 Stuttgart

LAV-SOFO-MARKT Kd.-Nr. (wenn zur Hand)

Meine Bankverbindung:

D E

IBAN des Zahlungspflichtigen (Ihre IBAN und den BIC finden Sie auch auf Ihrem Kontoauszug)

BIC (8 oder 11 Stellen)

Bankinstitut

Kontoinhaber, wenn abweichend vom Inhaber

Datum / Unterschrift / Apothekenstempel

Information nach Art. 13 Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO)
Wir verarbeiten Ihre uns anvertrauten personenbezogenen Daten ausschließlich zum Zweck der Erfüllung der mit Ihnen geschlossenen vertraglichen Vereinbarung oder zur Durchführung vorvertraglicher Maßnahmen (Art. 6 Abs. 1 lit. b) DS-GVO), zur Wahrung berechtigter Interessen (Art. 6 Abs. 1 lit. f) DS-GVO) oder auf Grundlage einer uns erteilten Einwilligung (Art. 6 Abs. 1 lit. a) DS-GVO).
Ausführliche Informationen hierzu und zu Ihren Rechten sowie die Kontaktdaten unseres Datenschutzbeauftragten finden Sie auf www.lav-sofo-markt.de/Datenschutz.