

# Ihre nächste Bestellung führen wir gerne per Lastschrift aus.

Sehr geehrte Kundin,  
sehr geehrter Kunde,

zur Erleichterung Ihres Zahlungsverkehrs bieten wir Ihnen das Bankeinzugsverfahren an.  
Ihr Vorteil liegt in der sofortigen Auslieferung Ihrer Bestellung.  
Wenn Sie damit einverstanden sind, füllen Sie bitte das Formular unten aus und senden es  
an uns zurück. Vielen Dank.

Im Fensterumschlag verwendbar

ANKER-APOTHEKE  
Dr. Alexander von Hoffmeister e.K.  
Bismarckstr. 11/Ecke Moltkestr.

76646 BRUCHSAL

Fon: 07521/30 00 53 . Fax: 07251/98 01 59

E-mail: [info@anker-apo-bruchsal.de](mailto:info@anker-apo-bruchsal.de)

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschriftverfahren

Hiermit ermächtige(n) ich/wir\*) Sie widerruflich, die von mir/uns\*) zu entrichtenden

Zahlungen wegen \_\_\_\_\_  
Verpflichtungsgrund

bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres\*) Kontos Nr. \_\_\_\_\_

BLZ \_\_\_\_\_

Bei \_\_\_\_\_  
- genaue Bezeichnung des kontoführenden Kreditinstituts -

durch Lastschrift einzuziehen.

Wenn mein/unser\*) Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des  
kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung.

Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

-----  
Datum

-----  
Unterschrift/en\*)

-----  
genaue Anschrift

\*) Nichtzutreffendes bitte streichen