

Name des Zahlungsempfängers:

**Cosmos Apotheke Mannheim  
Apotheker Michael Backes  
M7,14  
68161 Mannheim**

Gläubiger-Identifikationsnummer:

**DE85ZZZ00000373829**

Mandatsreferenz:

**Rechnungsnummer**

Zahlungsart:

**wiederkehrende Zahlung**

Kundennummer Cosmos Apotheke  
(sofern bekannt)

.....

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) die Cosmos Apotheke Mannheim, Apotheker Michael Backes, Zahlungen von meinem Konto mittels SEPA Basislastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von der Cosmos Apotheke Mannheim Apotheker Michael Backes auf mein (unser) Konto gezogenen SEPA Basislastschriften einzulösen.

Diese Mandat dient als Vollmacht, zukünftig Rechnungen mittels Lastschrift unter der Verordnung des SEPA Basislastschriftverfahrens einzuziehen. Als Vorankündigung (Pre-Notification) nach dem SEPA Lastschriftverfahren gilt der auf der Rechnung ausgewiesene Einzugsbetrag einschließlich Fälligkeitsdatum, eigene IBAN und BIC der Cosmos Apotheke, Mandatsreferenznummer, IBAN und BIC des Kunden und Gläubiger-Identifikationsnummer. Falls eine Gutschrift fällig ist, wird diese unmittelbar dem Kundenkonto gutgeschrieben und vom nächsten folgenden Bankeinzug abgezogen. Sind keine Rechnungen fällig, wird die Gutschrift separat ausgezahlt. Bedingt eine Änderung des Mandats die Ausstellung einer neuen Mandatsreferenznummer, werden auch bereits ausgestellte Rechnungen unter der neuen Mandatsreferenznummer eingezogen.

Hinweise: Ich kann (Wir können) innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die in meinem (unserem) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Bitte beachten Sie unsere allgemeinen Geschäftsbedingungen. Diese SEPA-Basislastschrift-Ermächtigung ist nur für die Cosmos Apotheke gültig, sollten Sie auch der Universum Apotheke einen Auftrag erteilen, wäre eine weitere Ermächtigung für die Universum Apotheke notwendig.

**Kontoinhaber:**

Name und Vorname: .....

Straße und Hausnummer: .....

Postleitzahl und Ort: .....

IBAN (internationale Banknummer): .....

BIC (Internationale Bankleitzahl): .....

Kreditinstitut: .....

.....  
Ort und Datum

.....  
Unterschrift Kontoinhaber

Bitte senden Sie das vollständig ausgefüllte Dokument, es muss im Original vorliegen, an die Cosmos Apotheke Mannheim, M7,14, 68161 Mannheim.