

**Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschriften  
SEPA-Basislastschriftmandat**

Nutzen Sie die Vorteile des Bankeinzugsverfahrens.

- Vereinfachung des Zahlungsverkehrs
- 2 % Skontoabzug

Senden Sie einfach dieses Formblatt vollständig ausgefüllt und unterschrieben an uns zurück.

Fax-Zusendungen richten Sie bitte an die Fax-Nummer 0 91 95 / 99 03 00 109.

Vom Zeitpunkt des Vorliegens Ihrer Bankeinzugsermächtigung an werden wir den Zahlungsverkehr auf diese Art abwickeln. Noch nicht überwiesene Rechnungen werden ebenfalls auf diesem Wege ausgeglichen.

Ich ermächtige die Naturafit GmbH, die von mir auf Grund von Warenlieferungen zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines Girokontos einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Naturafit GmbH auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

(BITTE IN BLOCKSCHRIFT AUSFÜLLEN!)

Apothekenname: \_\_\_\_\_

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

Kreditinstitut: \_\_\_\_\_

Kontonummer: \_\_\_\_\_

Bankleitzahl: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers:

Naturafit GmbH, Am Sandfeld 9-11, 91341 Röttenbach

Identifikationsnummer des Zahlungsempfängers / Gläubiger-ID: DE78ZZZ00000620626

Mandatsreferenznummer: \_\_\_\_\_ (Vom Zahlungsempfänger auszufüllen)

**Ort, Datum**

**Unterschrift**

**Apothekenstempel**