



## Erteilung einer Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige(n) ich/wir die

**Westfalen Apotheke (Amtmann-Bullrich-Straße 6; 33719 Bielefeld)**

widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen an die Westfalen Apotheke bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem/ unserem Konto einzuziehen.

Versorgter Kunde: \_\_\_\_\_

Name, Vorname (Kontoinhaber): \_\_\_\_\_

Straße und Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ und Ort: \_\_\_\_\_

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

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

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

Ort; Datum: \_\_\_\_\_

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

Westfalen Apotheke  
Amtmann-Bullrich-Straße 6  
33719 Bielefeld  
buchhaltung-westfalen@apotheke-heepen.de  
www.apotheke-heepen.de