

Gläubiger-Identifikationsnummer DE85ZZ00000619918

A horizontal axis with 10 tick marks, labeled 1 through 10.

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

Vorname und Name (Zahlungspflichtiger)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Kreditinstitut

Kontoinhaber

x

Unterschrift



Apotheke LUX 99 Loder e.K.
IBAN: DE85 3006 0601 0006 1763 64
BIC: DAAEEDDDXXX
Deutsche Apotheker- und Ärztebank