

Zahlungsempfänger:

Kristall Apotheke Hürth Park
Laden 19
50354 Hürth

Kontoinhaber:

Name des Kontoinhabers: _____

Kontonummer: _____

Kontoführendes Institut: _____

Bankleitzahl _____

Wir versichern, dass Ihre Daten ausschließlich innerhalb unseres Betriebes und nur zu Ihrer Betreuung genutzt werden. Sie sind jederzeit berechtigt, die erteilten Vollmachten sowie die Einzugsermächtigung zu widerrufen.

Mit freundlichen Grüßen,

Ort / Datum

Unterschrift