

**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