

SEPA-Lastschriftmandat



Zahlungsempfänger

Bodensee Pharma GmbH, Gewerbestr. 10, 78244 Gottmadingen

Gläubiger ID: DE04ZZZ00002355736

Ich ermächtige die Bodensee Pharma GmbH Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Bodensee Pharma GmbH gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis:

Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Die Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt.

Name des Zahlungspflichtigen

Kontoinhaber (Name & Vorname)

Name der Apotheke

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Kreditinstitut

IBAN

Ort und Datum

Unterschrift des Kontoinhabers