

SEPA-Lastschriftmandat

Einzugsermächtigung und SEPA-Lastschriftmandat für Zahlungen an die Aletis Pharmahandel GmbH.

Hinweis: Bitte vollständig ausfüllen, unterschreiben und an info@aletis-pharma.de senden.
Gläubiger-ID und Mandatsreferenz können bei Bedarf durch Aletis ergänzt werden.

1. Zahlungsempfänger

Zahlungsempfänger

Aletis Pharmahandel GmbH

Gläubiger-Identifikationsnummer

Anschrift Zahlungsempfänger

Aletis Pharmahandel GmbH

Anschrift bitte ergänzen

2. Mandatsdaten

Mandatsreferenz

Kundennummer

Wiederkehrende Zahlungen

Einmalige Zahlung

3. Zahlungspflichtiger

Firma / Name

Ansprechpartner

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

E-Mail

Telefon

4. Bankverbindung

Kontoinhaber

Kreditinstitut

IBAN

BIC

5. Mandatserklärung

Ich ermächtige die Aletis Pharmahandel GmbH, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Aletis Pharmahandel GmbH gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen ab Belastungsdatum die Erstattung des belasteten Betrages verlangen.

Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ort, Datum

Unterschrift / Stempel