

SEPA-Basis-Lastschriftmandat für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

adequapharm GmbH
Am Borsigturm 42
13507 Berlin

Bitte faxen Sie dieses Mandat ausgefüllt an folgende Fax-Nummer:

030 43 03 44 44

Gläubiger-Identifikationsnummer
DE72ZZ00001490145

Mandatsreferenz (= Ihre BGA-Nummer)

SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Ich/Wir

Name des Zahlungspflichtigen

ermächte(n) die adequapharm GmbH, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

Name des Zahlungsempfängers
adequapharm GmbH, Am Borsigturm 42, 13507 Berlin

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Zahlungsart: **Wiederkehrende Zahlung**

Hinweis: Ich kann/wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Zur Erleichterung des Zahlungsverkehrs beträgt die Frist für die Information vor Einzug einer fälligen Zahlung mindestens drei Tage vor Belastung des Kontos.

Kontoinhaber, falls abweichend vom Zahlungspflichtigen (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Kreditinstitut

BIC
_ _ _ _ _ | _ _ _ _

IBAN
DE _ _ _ | _ _ _ _ _ | _ _ _ _ _ | _ _ _ _ _ | _ _ _ _ _

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift (Zahlungspflichtiger)

Diese Ermächtigung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.