

Vor- und Nachname:
Straße:

PLZ u. Ort:

**SEPA-LASTSCHRIFT-MANDAT
FÜR SEPA-BASIS-LASTSCHRIFTVERFAHREN**

Name und Anschrift des **Zahlungsempfängers** (Gläubiger):

Firma

TK Pharma Trade, Handelsgesellschaft mbH, Hansastr. 15, 49205 Hasbergen

Gläubiger-Identifikationsnummer : DE30ZZZ00000747590

Mandatsreferenz / ggf. vorhandene Kundennummer:

Ich/wir ermächtige/n die Firma TK Pharma Trade, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von auf mein/unserem Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich/wir kann/können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

(Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlungen)

Kontoinhaber: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Kreditinstitut BIC (mind. 8-stellig): _____

IBAN (insgesamt 22-stellig): DE_____

Zahlungskonditionen: Innerhalb 10 Tagen mit 1,5% Skonto

Datum

Unterschrift