

CPL Pharma Lager und Vertrieb GmbH, Niederlassung Weiterstadt, Robert-Koch-Str 4, 64331 Weiterstadt

Mandat für die SEPA- Basis- Lastschrift

Gläubiger- Identifikationsnummer XXXX
Mandatsreferenz WIRD SEPARAT MITGETEILT

Ich ermächtige die CPL Pharma Lager und Vertrieb GmbH, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von CPL Pharma Lager und Vertrieb GmbH auf mein Konto gezogene Lastschrift 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.

Name der Firma / Apotheke _____

Inhaber (Vor- und Zuname) _____

Straße und Hausnummer _____

PLZ und Ort _____

Land _____

Name Kreditinstitut _____

IBAN _____

BIC (SWIFT) _____

Ort, Datum _____

Unterschrift Inhaber _____