

ZENTIVA WinDirect

 Zur verbindlichen Anmeldung bitte das Formular **vollständig** ausfüllen. Vielen Dank.

Teilnahme an der elektronischen Direktbestellung bei der ZENTIVA Pharma GmbH (ab Menge 1 pro PZN, portofreie Lieferung ab 50 Packungen Lieferumfang)

Name Apotheke:

Name Inhaber/-in:

Strasse / Nr.:

PLZ, Ort:

Tel.Nr.:

Fax-Nr.:


Ansprechpartner/-in:

BTM-Nr. (7-stellig) ehem. BGA-Nr.:

Umsatzsteuer-ID / Steuer-Nr.: DE

Kd.-Nr.:

E-Mail:

 **Bitte unterschrieben
an uns zurücksenden!**

E-Mail: CustomerService.DE@zentiva.com

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch SEPA-Basislastschrift

Unsere Gläubiger ID: DE84ZZZ00002103454

Mandatsreferenz: wird Ihnen separat mitgeteilt

Hiermit ermächtige(n) ich/wir die ZENTIVA Pharma GmbH widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen für **Warenlieferungen der ZENTIVA Pharma GmbH** bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres Girokontos durch Lastschrift am 15. des auf die Rechnungsstellung folgenden Monats einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der ZENTIVA Pharma GmbH auf mein Konto

gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Die vorgeschriebene Frist zur Ankündigung der SEPA-Lastschrift gilt mit Zustellung der Rechnung als erfüllt.

Kreditinstitut:

BIC:

IBAN: DE

Valutarecht

ALLE zur Zeit offenen Belege valutagerecht einziehen

valutagerechter Einzug **erst ab**

Valuta-Datum: _____ **und alle Folgenden.**

Die vor diesem Datum fälligen Belege werden noch von uns überwiesen.

Interne Vermerke

Registrierung

Datum, NZ

Datum, Unterschrift

Apothekenstempel