

Zahlungsempfänger:

Zentiva Pharma GmbH

Linkstraße 2

10785 Berlin

Bitte unterschrieben an uns zurücksenden!

Kfm. Kundenservice

E-Mail: CustomerService.DE@zentiva.com

Name der Apotheke/ Klinik/ Institution *

Strasse / Nr.*

PLZ, Ort *

Tel.Nr.*

Inhaber*

(Umsatz)Steuer-Nr.*

Kd.-Nr.:

E-Mail:*

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch SEPA-Basislastschrift

Unsere Gläubiger ID: DE84ZZZ00002103454

Mandatsreferenz: **Ihre Kundennummer+Name**

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 einzuziehen.

Kreditinstitut* _____

IBAN:* _____

BIC:* _____

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.

ALLE zur Zeit offenen Belege valutigerecht einziehen

valutigerechter Einzug **erst ab**

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

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



Firmenstempel*

Datum*

Unterschrift*