

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers:

pharmacom Handels GmbH, Makartgasse 3/21, 1010 Wien
UID: ATU51040608
Gläubiger-Identifikationsnummer: AT3ZZZ00000036608

Name und Anschrift des Zahlungspflichtigen:

Mandatsreferenz = Kundennummer: _____

SEPA-Firmenlastschrift-Mandat

Zahlungsart: wiederkehrende Zahlung

Ich ermächtige/Wir ermächtigen die pharmacom Handels GmbH, Zahlungen von meinem/unseren Konto mittels SEPA-Firmenlastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der pharmacom Handels GmbH auf mein/unser Konto gezogenen SEPA-Firmenlastschriften einzulösen.

Dieses SEPA-Firmenlastschrift-Mandat dient nur dem Einzug von SEPA-Firmenlastschriften, die auf Konten von Nichtverbrauchern gezogen sind. Ich bin/wir sind nicht berechtigt, nach der erfolgten Einlösung eine Erstattung des belasteten Betrages zu verlangen. Ich bin/Wir sind berechtigt, mein/unser Kreditinstitut bis zum Fälligkeitstag anzuweisen, SEPA-Firmenlastschriften nicht einzulösen.

Ihr IBAN: _____

Name (in Blockbuchstaben)

Ort, Datum

Unterschrift