

SEPA-Lastschriftmandat



Kyberg Pharma Vertriebs-GmbH, Keltenring 8, 82041 Oberhaching

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE47ZZZ00000593442

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Kyberg Pharma Vertriebs-GmbH, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift unter Abzug von 2 % Skonto einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Kyberg Pharma Vertriebs-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.

Kundennummer: _____ = Mandatsreferenznummer

Kontoinhaber / Firma: _____

Straße / Nr.: _____ PLZ / Ort: _____

Kreditinstitut: _____

BIC: _____ / _____

IBAN: DE ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Bitte ziehen Sie alle noch offenstehende Rechnungen ein.

Datum / Ort / Unterschrift



Firmenstempel