

SEPA – Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen

ascopharm gmbh, Im Bruchanger 6, 38845 Wernigerode

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE74ZZZ00000517490

Mandatsreferenz/Kundennummer:

Ich ermächtige die ascopharm gmbh, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der ascopharm 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.

Vorname und Nachname (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

IBAN

D	E																					
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BIC (8 oder 11 Stellen)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Datum, Ort

Unterschrift

Ihre IBAN und BIC finden Sie auf Ihrem Kontoauszug.

Zur Vervollständigung unserer Unterlagen benötigen wir das SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen ausgefüllt und unterschrieben im Original zurück. Übermittlungen des Formulars per E-Mail oder per Fax sind nach den EU-Bestimmungen leider nicht zulässig und dürfen von uns nicht verarbeitet werden.