

Zahlungsempfänger**Name**

euro RX Arzneimittel GmbH

Mandatsart

SEPA-Basislastschrift

Gläubiger-ID

wird von EuroRX ergänzt

Mandatsreferenz

wird separat mitgeteilt

Zahlungspflichtiger**Firma / Zahlungspflichtiger**

Kundennummer

Straße und Hausnummer

PLZ / Ort

Bankverbindung**IBAN**

BIC

Bank

Kontoinhaber

Mandatserklärung

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger, Zahlungen aus der Geschäftsbeziehung von meinem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ort, Datum

Unterschrift Zahlungspflichtiger