

SEPA- Lastschriftmandat an den Zahlungsempfänger

An

gmd pharma gmbh Kattrepel 2 20095 Hamburg

Gläubiger- Identifikationsnummer (des Zahlungsempfängers)
DE29ZZZ00000668941

Mandatsreferenz (max. 35 Stellen)

- Mandat für einmalige Zahlungen
 Mandat für wiederkehrende Zahlungen

Ich ermächtige/ Wir ermächtigen gmd pharma gmbh, Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich/ weisen wir unseren Zahlungsdienstleister an, die von gmd pharma gmbh gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/ Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/ unserem Zahlungsdienstleister vereinbarten Bedingungen.

Meine/unsere Kontodaten:

Name des Zahlungsdienstleisters des Zahlers

Name und Anschrift des Zahlers/der Zahler

BIC ¹
_____ ____

IBAN ²
DE ____ ____ ____ ____ ____

Ort, Datum, Unterschrift(en) des Zahlers/ der Zahler

1 Bank Identifier Code (Bank Identifizierungs- Code)
2 International Bank Account Number (Internationale Bankkontonummer)