

## Absender:

Kundennummer:           (8-stellig)

Name:

Anschrift1:

Anschrift2:

PLZ und Ort:

Telefon:

Fax:

## SEPA-Lastschrift-Mandat

Mit der Unterzeichnung dieses Mandats ermächtigen Sie die Firma Allergopharma GmbH & Co. KG, Zahlungen für fällige Rechnungen von Ihrem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weisen Sie Ihr Kreditinstitut an, die von der Firma Allergopharma GmbH & Co. KG auf Ihrem Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Als Teil Ihrer Rechte haben Sie Anspruch auf eine Rückerstattung von Ihrem Kreditinstitut innerhalb von 8 Wochen ab dem Tag, an dem Ihr Konto belastet wurde. Es gelten dabei die mit Ihrem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Gläubiger ID: **DE 31ZZZ00000353558**

Mandats-Referenz:  / x (Ihre Kundennummer / fortlaufender Zähler für jede Mandatsänderung)

Allergopharma  
GmbH & Co. KG  
Postfach 1109  
21462 Reinbek

Fax.: 040 / 727 65 235  
bitte unterschriebenes Formular an  
diese Fax Nummer zurück senden  
oder Scan per Email an [info@allergopharma.com](mailto:info@allergopharma.com)

Hiermit ermächte/n ich/wir die Allergopharma GmbH & Co. KG widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen wegen Warenlieferungen bei Fälligkeit ./ 1 % Skonto zu Lasten meines/unseres Kontos mittels Lastschrift einzuziehen.

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung  Einmalige Zahlung

IBAN: DE  (22-stellig)

BIC:  (11-stellig)

Kreditinstitut:

Wenn mein/unsere Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung.

Ort \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift Kontoinhaber \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Name in Druckbuchstaben