

Sepa-Basis-Lastschrift-Mandat für wiederkehrende Zahlungen

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE58ZZZ00000592953
Mandatsreferenz (= Ihre Kunden-Nr.):

Ich ermächtige die Kyberg Vital GmbH über 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 Vital GmbH über Kyberg Pharma Vertriebs-GmbH auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

*Vorname u. Nachname des Kontoinhabers / Firma

*Straße und Hausnummer

*PLZ / Ort

*Kreditinstitut

*IBAN

BIC-Code

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt gem. unserer Datenschutzerklärung (www.kyberg-vital.de/daten-schutz.html) im Rahmen der bestehenden Vertragsbeziehung. Eine Weitergabe der Daten an Dritte erfolgt nur soweit dies zur Abwicklung des Zahlungsverkehrs notwendig ist, d.h. an unsere Hausbank oder ggf. ein Inkassounternehmen. Pflichtangaben für die Vertragsabwicklung sind mit* gekennzeichnet, alle anderen Angaben erfolgen freiwillig und helfen uns, Ihnen einen noch besseren Service zu bieten.

☐ Ich habe die Datenschutzerklärung gelesen und akzeptiere diese.

☐ Bitte beziehen Sie alle offenstehenden Rechnungen ein.

*Ort, Datum Unterschrift, Firmenstempel