

Sepa Basis Lastschrift Mandat für wiederkehrende Zahlungen

Kyberg Pharma Vertriebs GmbH, Keltenring 8, 82041 Oberhaching

Gläubiger Identifikationsnummer: DE47ZZZ00000593442

Ihre Kundennummer: _____

Ich ermächtige die 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 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.

Vor- und Nachname des Kontoinhabers/Firma*: _____

Straße und Hausnummer: _____

PLZ und Ort: _____

Kreditinstitut*: _____

IBAN*: _____

BIC-Code*: _____

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt gem. unserer Datenschutzerklärung (<http://www.kyberg-pharma.de/index.php/datenschutz.html>) im Rahmen der bestehenden Vertragsbeziehung. Eine Weitergabe 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.

Bitte ziehen Sie alle offenstehenden Rechnungen ein.

Rechnungsversand per E-Mail gewünscht

E-Mail-Adresse: _____

Ort, Datum

Unterschrift, Firmenstempel