

SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Riemser Pharma GmbH, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Riemser Pharma GmbH auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Sie haben rechtlichen Anspruch auf eine Rückerstattung Ihrer Bank gemäß den Ihrerseits mit Ihrer Bank vereinbarten Geschäftsbedingungen. Eine Rückerstattung muss innerhalb von acht Wochen ab dem Datum, zu dem Ihr Konto belastet wurde, beantragt werden.

Name der Firma (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Kreditinstitut

BIC

IBAN

DE ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____

Kundennr. Zahlungspflichtiger/
Mandatsreferenz

Name des Zahlungsempfängers

Riemser Pharma GmbH
An der Wiek 7
17493 Greifswald-Insel Riems

Kontakt Buchhaltung:
phone +49 30 338427-444
fax +49 30 338427-800
e-mail buchhaltung@riemser.com

Gläubiger-Identifikationsnummer

DE68ZZZ00000126494

Zahlungsart

Wiederkehrende Zahlung oder Einmalige Zahlung

Kundenbestätigung

Datum und Unterschrift(en) Kunde