

Bitte füllen Sie das Formular vollständig aus.

Name \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

## SEPA-LASTSCHRIFT-MANDAT für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger): tk pharma trade  
Handelsgesellschaft mbH, Hansastr. 15, 49205 Hasbergen  
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE30ZZZ00000747590

Mandatsreferenz /Kundennummer \_\_\_\_\_

Ich/wir ermächtige/n die Firma tk pharma trade, Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir mein/ unser Kreditinstitut an, die von auf mein/ unserem Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

**Hinweis:** Ich/wir kann/können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/ unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. (Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlungen)

Kontoinhaber \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Kreditinstitut BIC (mind. 8-stellig) \_\_\_\_\_

IBAN (insgesamt 22-stellig) DE \_\_\_\_\_

**Zahlungskonditionen: Innerhalb 10 Tagen mit 1,5% Skonto**

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_



Zertifizierte Diabetesversorgung  
mit System.