

SEPA-APOTHEKEN-LASTSCHRIFTMANDAT (B2B)
ZUR WIEDERKEHRENDEN BEZAHLUNG VON FERTIGARZNEIMITTELN

Durch Unterzeichnung dieses Formulars ermächtige ich als Inhaber der Apotheke die ContraCare GmbH, die Rechnungsbeträge für gelieferte Fertigarzneimittel vom Konto der Apotheke mittels SEPA-Firmenlastschrift wiederkehrend einzuziehen. Zugleich weise ich die Bank der Apotheke an, die Lastschriften der ContraCare GmbH einzulösen, indem ich der Bank eine Kopie des vorliegenden SEPA-Firmenlastschriftmandats zustelle.

Als Inhaber der Apotheke ist mir bekannt, dass nach Einlösung einer SEPA-Firmenlastschrift eine Erstattung des belasteten Betrages nicht verlangt werden kann. Ich bin damit einverstanden, dass die Vorankündigung der Lastschrift in Form der Rechnung erfolgt.

Name der Apotheke: _____

Inhaber der Apotheke: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ und Ort: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Kreditinstitut: _____

<p>Stempel der Apotheke</p>	<p>Unterschrift der bestellberechtigten Person Name leserlich:</p>
------------------------------------	--

Fax: +49 911 37 65 64 52

E-Mail: bestellung@contracare.com