

# SEPA – LASTSCHRIFT – MANDAT (Ermächtigung)

Zahlungsempfänger

**Pharmosan HandelsgesmbH  
ICON Turm 24 OG 13 / 1  
Wiedner Gürtel 13  
1100 Wien**

**Kreditor ID: AT44ZZZ00000024364**

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den oben angeführten Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die auf mein / unser Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen.

Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsart      (  ) wiederkehrend      (  ) einmalig

Zahlungspflichtiger/Kontoinhaber
Anschrift (Strasse, Hausnummer)
Postleitzahl, Ort
Kreditinstitut
IBAN
BIC
Ort, Datum
Firmenmäßige Zeichnung / Unterschrift(en) des Kunden