

**SEPA-Lastschrift-Mandat für wiederkehrende Zahlungen****zwischen**

Name und Anschrift des Zahlungspflichtigen

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers

Partner Pharma Logistik PPL-GmbH

St.-Elisabeth-Straße 3

56073 Koblenz

Gläubiger-Identifikationsnummer des Zahlungsempfängers: DE68ZZZ00000028330

Mandatsreferenz (Ihre Kundennummer/Debitorennummer): _____

Ich ermächtige/Wir ermächtigen die Partner Pharma Logistik PPL-GmbH, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Partner Pharma Logistik PPL-GmbH auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: 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.

Partner Pharma Logistik PPL-GmbH hat den Einzug der Lastschrift vorher anzukündigen. Die Ankündigung hat mir/uns spätestens einen Werktag vor der Fälligkeit der Lastschrift in schriftlicher Form, gesondert oder als Teil anderer Schriftstücke, zuzugehen; eine telekommunikative Übermittlung genügt. Die Partner Pharma Logistik PPL-GmbH erklärt sich mit diesen Modalitäten der Ankündigung durch Entgegennahme dieses Lastschriftmandats einverstanden.

BIC-SWIFT-Code Ihres Kreditinstitutes: _____

IBAN: _____

Ort, Datum und Unterschrift (**Kontovollmacht**) / **Firmenstempel****Die Retourenregelung erhalten Sie über die Homepage www.ppl-pharma.de/bestellwege.****Bitte senden Sie uns die Einzugsermächtigung per Fax unter: 02 61/40 48 909 zu.**

Vielen Dank.