

# SEPA Basislastschrift-Mandat

NOWEDA Pharma-Handels-GmbH  
Apothekerstr. 1  
15749 Mittenwalde

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE64PHG00000186027  
Mandatsreferenz:  
Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

Ich ermächtige/Wir ermächtigen die NOWEDA Pharma-Handels-GmbH Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der NOWEDA Pharma-Handels-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.

---

Name(n), Vorname(n) Kontoinhaber

---

Straße, Hausnummer

---

Postleitzahl, Ort

---

Kreditinstitut

---

IBAN

---

BIC

---

Datum, Ort, Unterschrift(en)

---

Falls der/die zahlungspflichtige(n) Kontoinhaber, der/die dieses SEPA-Lastschriftmandat erteilt/erteilen nicht zugleich Vertragspartner sondern ein sogenannter abweichender Kontoinhaber ist/sind, müssen ergänzend auch nachfolgende Angaben zum Vertragspartner mitgeteilt werden:

---

Name(n), Vorname(n) Kontoinhaber

---

Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort

Die Vorabankündigung (Pre-Notification) erfolgt spätestens einen Tag vor Fälligkeit.