

Abbuchungsauftrag für die Bank

per Fax an 02824 / 961 973

Name und Anschrift des Kontoinhabers

--

Name und Anschrift des Kreditinstituts

--

Hiermit bitte(n) ich/wir Sie widerruflich, die von

Name des Zahlungsempfängers

Raem Pharma Großhandel UG, Uedemerstraße 249, 47551 Bedburg Hau

für mich/uns bei Ihnen eingehenden lastschriften zu Lasten meines/unseres Kontos mit der

Nr.

Bankleitzahl

einzulösen, sofern Deckung vorhanden ist. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

Ort, Datum

Unterschrift/en des/der Auftraggeber(s)

Ort, Datum

Unterschrift/en der Bank
