

### SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Esteve Pharmaceuticals GmbH, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Esteve Pharmaceuticals GmbH auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Sie haben rechtlichen Anspruch auf eine Rückerstattung Ihrer Bank gemäß den Ihrerseits mit Ihrer Bank vereinbarten Geschäftsbedingungen. Eine Rückerstattung muss innerhalb von acht Wochen ab dem Datum, zu dem Ihr Konto belastet wurde, beantragt werden.

**Name der Firma (Kontoinhaber)**

**Straße und Hausnummer**

**Postleitzahl und Ort**

**Kreditinstitut**

**BIC**

**IBAN**

DE \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_

Kundennr. Zahlungspflichtiger/  
**Mandatsreferenz**

Name des Zahlungsempfängers

Esteve Pharmaceuticals GmbH  
Hohenzollerndamm 150-151  
14199 Berlin

Kontakt Buchhaltung:

Tel.: 030-33 84 27 304

Fax: 030-33 84 27 800

Mail: buchhaltung@esteven.com

Gläubiger-Identifikationsnummer

DE68ZZZ00000126494

Zahlungsart

Wiederkehrende Zahlung  oder Einmalige Zahlung

**Kundenbestätigung**

\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift(en) Kunde