

Partner Pharma Logistik
PPL-GmbH
St.-Elisabeth-Str. 3

56073 Koblenz



Einzugsermächtigung für Lastschrift

Hiermit berechtige ich/wir Sie widerruflich, die von der PPL-GmbH geforderten Beträge 5 Tage nach Rechnungsstellung zu Lasten meines/unseres Kontos:

Kto.nr. _____

BLZ _____

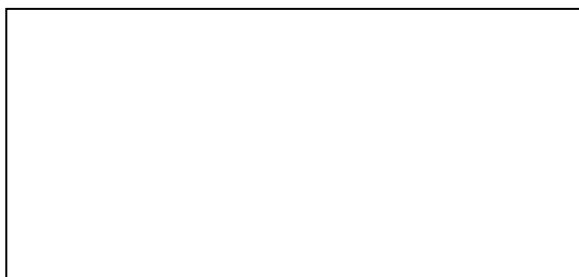
Bank _____

einzulösen.

Die Einzugsermächtigung gilt ab Warenbezug sofort.

BGA-Nr.: _____

Die Retourenregelung wurde mit diesem Formular übersandt.



Stempel der Apotheke

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte senden Sie uns die Einzugsermächtigung per Fax unter: **0261 / 40 48 907** zu.
Vielen Dank.