

Bitte senden Sie dieses Antwortformular an folgende E-Mail-Adresse: cspostfach@its.jnj.com

SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE63ZZZ00000042291

Janssen-Kunden-Nr.: **Mandatsreferenz:**
Die Mandatsreferenz wird von Janssen vergeben und Ihnen anschließend separat auf diesem Schreiben mitgeteilt.

Ihr Apothekenstempel

Name und genaue Anschrift des Zahlungspflichtigen:

Straße:

PLZ/Ort:

IBAN-Nr:

BIC-Code:

Zahlungen wegen: Arzneimittelrechnungen

Hiermit ermächtige(n) ich/wir Sie widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres Kontos mittels Lastschrift einzuziehen. Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

Bitte senden Sie mir meine Einzelrechnung in Zukunft per PDF

an folgende E-Mail-Adresse:

Datum/Unterschrift des Kontoinhabers:

Bei Rückfragen wenden Sie sich gerne an unseren Customer Service unter der Telefonnummer 0800-79 100 10.