



SEPA Basis-Lastschriftmandat

Name des Zahlungsempfängers: Office Depot Deutschland GmbH
Straße und Hausnummer: Linus-Pauling-Str. 2
Postleitzahl und Ort: 63762 Großostheim
Land: Bundesrepublik Deutschland
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE74ZZZ00000393330
Mandatsreferenz: Ihre Viking Kundennummer

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) die Office Depot Deutschland GmbH, Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von der Office Depot Deutschland 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.

Kundennummer: _____
Name des Zahlungspflichtigen: _____
Straße und Hausnummer: _____
Postleitzahl und Ort: _____
Land: _____
IBAN: _____
BIC: _____
Kreditinstitut: _____

Dieses Mandat gilt nur für wiederkehrende Zahlungen bis auf Widerruf.

Ich bin (Wir sind) damit einverstanden, dass zur Erleichterung des Zahlungsverkehrs, die grundsätzlich 14-tägige Frist für die Information vor Einzug einer fälligen Zahlung bis auf einen Tag vor Belastung verkürzt werden kann.

Ort, Datum, Unterschrift(en)

Bitte füllen Sie dieses Formular vollständig aus und senden Sie es unterschrieben per Post, per Fax (06026 / 9734 5666) oder per E-Mail (rechnung@viking.de) an uns zurück.