

Firmenname (Firmenstempel) _____

Geschäftsname (falls nicht mit Firmennamen ident) _____

Straße/Nr. _____

PLZ/Ort _____

Telefon _____

Fax _____

E-Mail _____

Internetadresse _____

Vertragspartner-Nr. _____

IBAN _____ BIC _____

SEPA Lastschrift-Mandat (gilt nur für Splitt-Abrechnungen)**Mandatsreferenz:** Wird von card complete Service Bank AG generiert und im Kontoauszug angeführt.**Zahlungsempfänger:** card complete Service Bank AG, Lassallestraße 3, 1020 Wien**Creditor-ID:** AT03DCB00000010455

Ich/Wir ermächtige/n die card complete Service Bank AG, die Monatsabrechnungen (lt. Kontoauszug) von meinem/unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der card complete Service Bank AG auf mein/unser Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen. Ich/Wir kann/können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name des Kontoinhabers _____

Anschrift _____

IBAN _____ BIC _____

Bitte übermitteln Sie dieses Formular unterfertigt an:

card complete Service Bank AG
Lassallestraße 3
1020 Wien

E-Mail: partnerverrechnung@dinersclub.at bzw. partnerverrechnung@dinersclub.de
Fax: +43 1 50 135-72 333 bzw. +49 69 900 150-72 333

Name und Funktion des Unterzeichnenden

Datum

Firmenstempel und rechtsverbindliche Unterschrift