

Office Park GbR - Münsterstraße 330, Gebäude B - 40470 Düsseldorf

- persönlich -

ddsd
sarva
test

Herzlich Willkommen bei OFFICE PARK

Sehr geehrter shailesh,

wir freuen uns, dass wir Sie als neuen OFFICE PARK-Kunden begrüßen dürfen. Ihr Erreichbarkeitsservice ist ab sofort einsatzbereit und unsere Agenten nehmen Ihre Anrufe entgegen.

Mit diesem Schreiben erhalten Sie eine Übersicht über Ihre Kundendaten, unsere AGB's, die Preisliste sowie Hinweise für Ihren persönlichen Kundenbereich. Bitte nehmen Sie sich am Anfang etwas Zeit um alle Daten zu kontrollieren und ggf. zu ergänzen!

Weiterhin bitten wir Sie, uns die beiliegende Sepa-Lastschrift-Verfügung unterschrieben zurückzusenden - gerne auch per E-Mail.

Wir wünschen Ihnen viel Erfolg mit Ihrem neuen Telefonsekretariat und freuen uns auf eine gute und langjährige Zusammenarbeit. Sollten Sie weitere Fragen haben, stehen Ihnen unsere Mitarbeiter aus dem Service-Team gerne telefonisch unter 0211 368 74 190 zur Verfügung

Mit freundlichen Grüßen

Ihr OFFICE PARK-Team

Gesellschafter/ Geschäftsführer
Baris Ak

Gesellschafter
Mustafa Basun

Münsterstraße 330
Gebäude B
40470 Düsseldorf
Telefon: +49 (0) 211 368 74 190
Telefax: +49 (0) 211 368 74 190 01
Web: www.officepark.group
E-Mail: info@officepark.group
Gesellschafter
Mustafa Basun

Service-/ Bürozeiten:
Mo. bis Fr.
09:00 - 19:00 Uhr

Düsseldorf, den 22.05.2018

Finanzamt
Düsseldorf-Nord
Steuernummer: 105/5902/4492
Ust-IdNr.: DE317564846

Ihre persönlichen Daten

Kundennummer: OP-211-1737
Ihre Umleitungsnummer: N/A

Vertragsdaten

Vertragsbeginn: 28.09.2018
Vertrag:
Zahlungsweise: SEPA Lastschrift

Office Park - Bankverbindung

IBAN: IBAN: IBAN 0001 00
BIC: BIC/Swift: BIC0110
Mandatsreferenz: OP-211-1737

Zugangsdaten

UserID: shaileshvanaliya91+4@gmail.com
Password: tuzkaya2018!

nur bei Teilnahme am Lastschriftverfahren:

Ich ermächtige OFFICE PARK, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von OFFICE PARK auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Im Falle einer Rücklastschrift mangels Deckung wird eine Gebühr von 10,- € netto fällig. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Die Erstlastschrift erfolgt nach 5 Tagen, Folgelastschriften nach 2 Tagen.

Bankverbindung:

Bank: Postbank AG
IBAN: DE78 4401 0046 0381 0084 63
BIC/Swift: PBNKDEFF
Gläubiger-ID: DE91ZZZ00002054440

SEPA-Lastschriftmandat

Office Park GbR

Münsterstr 330, Gebäude B | 40470 Düsseldorf | Deutschland

D	E	9	1	Z	Z	Z	0	0	0	0	2	0	5	4	4	4	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Gläubiger-Identifikationsnummer / creditor identifier

X

Wiederkehrende Zahlung
Zahlungsart:

X

Wiederkehrende Zahlung
Zahlungsart:

**Office Park GbR,
Münsterstraße 330, Gebäude B
40470 Düsseldorf
Deutschland**

O	P	-	2	1	1	-	1	7	3	7		
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--

Mandatsreferenz / Mandate reference

d	d	s	d			
---	---	---	---	--	--	--

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Name of the debtor (account holder)

s	a	r	v	a			
---	---	---	---	---	--	--	--

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Address of the debtor (account holder)

t	e	s	t			
---	---	---	---	--	--	--

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Address of the debtor (account holder)

s	a	r	v	a
---	---	---	---	---

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Address of the debtor (account holder)

I	B	A	N	0	0	0	1	0	0			
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--

IBAN des Zahlungspflichtigen / IBAN of the debtor

B	I	C	0	1	1	0			
---	---	---	---	---	---	---	--	--	--

BIC des Zahlungspflichtigen / BIC of the debtor

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) den Zahlungsempfänger Office Park GbR, Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von Office Park GbR auf mein (unsere) 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 einem (unserem) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

ort

Datum

Unterschrift(en) des Zahlungspfichtigen (Kontoinhaber)

Bankverbindung:

Bank: Postbank AG

IBAN: DE78 4401 0046 0381 0084 63

BIC/Swift: PBNKDEFF

Gläubiger-ID: DE91ZZZ00002054440

Ihr gebuchter Telefonservice-Tarif:

Business



Telefonservice	business.call
Mindestumsatz, pro Monat	0.00 €
Anrufannahme, pro Anruf	0.00 €
Benachrichtigungsanruf an Ihren Kunden, pro Anruf	0.00 €
Anrufbearbeitung, pro Minute	0.00 €
Benachrichtigung per E-Mail, pro E-Mail	0.00 €
Weiterleitungsgebühren, dt. Mobilnetz, pro Min.	0.00 €
Weiterleitungsgebühren, dt. Festnetz, pro Min.	0.00 €
Benachrichtigung per SMS, pro SMS (optional)	0.00 €
1	0.00 €

Bankverbindung:

Bank: Postbank AG
IBAN: DE78 4401 0046 0381 0084 63
BIC/Swift: PBNKDEFF
Gläubiger-ID: DE91ZZZ00002054440