

Zahlungsermächtigung mit Widerspruchsrecht

CH-DD-Basislastschrift (Swiss COR1 Direct Debit)
auf das Postkonto der PostFinance AG
oder Lastschriftverfahren LSV+ auf das Bankkonto

RS-PID: 41101000001021694
LSV-Ident BLK1W

Blaues Kreuz Schweiz
Lindenrain 5
3012 Bern

Mit einer Zahlungsermächtigung reduzieren Sie für uns und sich selbst den Verwaltungsaufwand. Sie können diese jederzeit widerrufen. Bitte wählen Sie zwischen einem Post- und einem Bankkonto aus und senden Sie dieses Formular ausgefüllt an **Blaues Kreuz Schweiz, Lindenrain 5, 3012 Bern** zurück. Fragen gerne an 031 300 58 60 oder info@blaueskruz.ch.

Mein Beitrag: _____ CHF

Zahlungshäufigkeit: jährlich halbjährlich monatlich

Frau Herr Familie Firma

Name: _____ Vorname: _____

Strasse, PLZ Ort: _____

E-Mail: _____

Belastung des **Postkontos** mit CH-DD-Lastschrift (Swiss Direct Debit)

Hiermit ermächtige ich **PostFinance** bis auf Widerruf, die ihr von obigem Rechnungssteller angegebenen fälligen Beträge meinem Konto zu belasten.

IBAN (Postkonto): _____

Jede Belastung des Kontos wird dem Kunden von PostFinance in der mit ihm vereinbarten Form avisiert (z. B. mit dem Kontoauszug). Der belastete Betrag wird dem Kunden rückvergütet, falls er innerhalb von 30 Tagen nach Avisierungsdatum bei PostFinance in verbindlicher Form Widerspruch einlegt.

Ort, Datum: _____

Unterschrift(en)*: _____

* Unterschrift des Vollmachtgebers oder Bevollmächtigten auf dem Postkonto. Bei Kollektivzeichnung sind zwei Unterschriften erforderlich.

Belastung des **Bankkontos** mit LSV+ Belastungsermächtigung mit Widerspruchsrecht (LSV-Ident BLK1W)

Hiermit ermächtige ich meine **Bank** bis auf Widerruf, die ihr von obigem Zahlungsempfänger vorgelegten Lastschriften in CHF meinem Konto zu belasten.

Bankname, PLZ Ort: _____

IBAN (Bankkonto): _____

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht für meine Bank keine Verpflichtung zur Belastung. Jede Belastung meines Kontos wird mir avisiert. Der belastete Betrag wird mir rückvergütet, falls ich innerhalb von 30 Tagen nach Avisierungsdatum bei meiner Bank in verbindlicher Form Widerspruch einlege. Ich ermächtige meine Bank, dem Zahlungsempfänger den Inhalt dieser Belastungsermächtigung sowie deren allfällige spätere Aufhebung mit jedem der Bank geeignet erscheinenden Kommunikationsmittel zur Kenntnis zu bringen.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Berechtigung (bitte leer lassen, wird von der Bank ausgefüllt)

IBAN (Bankkonto): _____

Datum: _____ Stempel und Visum der Bank: _____