

# Zahlungsermächtigung mit Widerspruchsrecht für Mitgliederbeitrag oder Spende

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

**Angaben zum Rechnungssteller/Zahlungsempfänger**

SAG Schweizer Allianz Gentechfrei, Hotttingerstrasse 32, 8032 Zürich

Teilnehmer-Nr. des Rechnungsstellers (RS-PID) 41101000000887349 LSV IDENT. CHAGF

<b>Mein Beitrag:</b>	<b>Zahlungsrhythmus:</b>	<b>Betrag pro Belastung:</b>	<b>Erste Belastung ab:</b> (Monat/Jahr)
<input type="checkbox"/> Mitgliederbeitrag (CHF 50.-)	<input type="checkbox"/> monatlich	<input type="checkbox"/> CHF 50.-	.....
<input type="checkbox"/> Mitgliederbeitrag und Spende	<input type="checkbox"/> vierteljährlich	<input type="checkbox"/> CHF 100.-	
<input type="checkbox"/> Spende	<input type="checkbox"/> halbjährlich	<input type="checkbox"/> CHF 200.-	
	<input type="checkbox"/> jährlich	<input type="checkbox"/> CHF .....	

**Angaben zum Lastschriftzahler(Kunde)**

Name  Vorname

Strasse, Nr.  PLZ, Ort

Telefon  E-Mail

**Belastung des Postkontos mit CH-DD-Basislastschrift(Swiss COR1 Direct Debit)**

Hiermit ermächtigt der Kunde PostFinance bis auf Widerruf, die ihr von obigem Rechnungssteller angegebenen fälligen Beträge seinem Konto zu belasten.

IBAN (Postkonto)

Wenn das Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, kann PostFinance diese mehrmals prüfen, um die Zahlung durchzuführen, ist aber nicht verpflichtet, die Belastung vorzunehmen.  
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.

Bitte die vollständig ausgefüllte Zahlungsermächtigung an die oben erwähnte Adresse des Rechnungsstelleresenden.

Ort, Datum

Unterschrift(en)\*

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

**Belastung des Bankkontos mit LSV+**

Hiermit ermächtige ich meine Bank bis auf Widerruf, die ihr von obigem Zahlungsempfänger vorgelegten Lastschriften 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 im In-oder Ausland den Inhalt dieser Belastungsermächtigung sowie deren allfällige spätere Aufhebung mit jedem der Bank geeignet erscheinenden Kommunikationsmittel zur Kenntnis zu bringen.

Bitte die vollständig ausgefüllte Belastungsermächtigung an die Bank senden.

Ort, Datum

Unterschrift

**Berichtigung** (bitte leer lassen, wird von der Bank ausgefüllt)

IBAN (Bankkonto)  IID

Datum  Stempel und Visum der Bank