stadt wädenswil
Werke
versorgen und entsorgen

Belastungsermächtigung

mit Widerspruchsrecht für das Postkonto (Debit-Direct) oder das Bankkonto (LSV+)

ZAHLUNGSEMPFÄNGER

Stadt Wädenswil, Werke

Eintrachtstrasse 24, Postfach

8820 Wädenswil

Debit-Direct-Teilnehmer-Nr.: 111949 | LSV Identifikations-Nr.: SDW1W

ZAHLUNGSPFLICHTIGER

Abonnenten-Nr.:	Firma:
Name:	Vorname:
Strasse/Nr.:	PLZ/Ort:
Telefon Privat:	Telefon Geschäft:
E-mail:	

BELASTUNG MEINES POSTKONTOS (Debit-Direct)

Mit meiner Unterschrift ermächtige ich den Zahlungsempfänger bis auf Widerruf, die fälligen Beträge meinem Postkonto zu belasten.

Postkonto-Nr.:

IBAN: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Wenn mein Konto die erforderliche Bonität nicht aufweist, ist PostFinance nicht verpflichtet, die Belastung vorzunehmen.
Die Debit-Direct-Belastungen sind für mich kostenlos. Ich habe das Recht, Belastungen innerhalb von 30 Tagen ab Versand des Kontoauszugs schriftlich bei der PostFinance zu widerrufen.

Bitte die vollständig ausgefüllte Belastungsermächtigung **an die oben erwähnte Adresse** des Zahlungsempfängers einsenden.

Ort/Datum: | Unterschrift/en*:

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

BELASTUNG MEINES BANKKONTOS (LSV+)

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: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

oder Konto-Nr.: | BC-Nr. (Bankenclearing), sofern bekannt: | | | | | |

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)

BC-Nr.: | | | | | | IBAN: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Datum: | Stempel/Visum Bank: