

Zahlungsermächtigung mit Widerspruchsrecht für Rechnungen der SERAFE AG

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

Rechnungsempfänger	Kontoinhaber <small>(nur ausfüllen, wenn nicht identisch mit Rechnungsempfänger)</small>
Vorname	Vorname
Name	Name
Adresse	Adresse
PLZ, Wohnort	PLZ, Wohnort
Geburtsdatum	Geburtsdatum
E-Mail	E-Mail
Telefon / Mobiltelefon	Telefon / Mobiltelefon

Kontoverbindung (über dieses Konto werden wir künftig auch allfällige Gutschriften zu Ihren Gunsten abwickeln)

RS-PID: 4110 1000 0007 2836 6

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

Mit meiner Unterschrift ermächtige ich PostFinance AG bis auf Widerruf, die ihr von der SERAFE AG vorgelegten fälligen Lastschriften meinem Konto zu belasten.

IBAN (Postkonto)

C H

Wenn mein Konto die erforderliche Bonität nicht aufweist, kann PostFinance diese mehrmals prüfen, um die Zahlungen durchzuführen, ist aber nicht verpflichtet, die Belastung vorzunehmen. Jede Belastung des Kontos wird mir von PostFinance in der mit mir vereinbarten Form avisiert (z. B. mit dem Kontoauszug). Der belastete Betrag wird mir rückvergütet, falls ich innerhalb von 30 Tagen nach Avisierungsdatum bei PostFinance in verbindlicher Form Widerspruch einlege. **Senden Sie bitte die ausgefüllte Belastungsermächtigung an: SERAFE AG, Postfach, 8010 Zürich.**

Belastung des Bankkontos mit LSV+ (Lastschrift)

LSV-Ident. SEJ1W

Mit meiner Unterschrift ermächtige ich meine Bank bis auf Widerruf, die ihr von der SERAFE AG vorgelegten fälligen Lastschriften meinem Konto zu belasten.

Bankname

PLZ/Ort

IBAN (Bankkonto)

C H

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht für meine Bank keine Verpflichtung zur Belastung. Jede Belastung meines Kontos wird mir avisiert (z. B. mit dem Kontoauszug). 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, der SERAFE AG den Inhalt dieser Belastungsermächtigung sowie deren allfällige spätere Aufhebung mit jedem der Bank geeignet erscheinenden Kommunikationsmittel zur Kenntnis zu bringen. **Senden Sie bitte die vollständig ausgefüllte Belastungsermächtigung direkt an Ihre Bank.**

Bitte beachten Sie

Die automatische Belastung der Rechnungsbeträge erfolgt jeweils bei Fälligkeit. Bis zur vollständigen Erfassung dieser Ermächtigung bitten wir Sie, Ihre Rechnung wie bis anhin zu begleichen.



Ort und Datum

Unterschrift 1*

Unterschrift 2*

* Unterschrift des Vollmachtgebers oder Bevollmächtigten auf dem Post-/Bankkonto. Bei Kollektivzeichnung sind zwei Unterschriften erforderlich.

Berichtigung (Bitte leer lassen, wird von der Bank ausgefüllt)

IBAN

IID

Datum

Stempel und Visum der Bank

