

# Autorizzazione di pagamento con diritto di revoca per le fatture della SERAFE AG

Addebito sul conto postale con CH-DD di base per gli addebiti diretti (Swiss COR1 Direct Debit) sul conto postale di PostFinance SA o sistema di addebito LSV+ sul conto bancario.

## Destinatario della fattura

Nome	Nome
Cognome	Cognome
Indirizzo	Indirizzo
NPA, località	NPA, località
Data di nascita	Data di nascita
E-mail	E-mail
Telefono / Cellulare	Telefono / Cellulare

## Intestatario(-a) del conto

(da compilare solo se diverso dal destinatario della fattura)

**Estremi bancari** (effettueremo anche eventuali accrediti a suo favore tramite questo conto)

RS-PID: 4110 1000 0007 2836 6

**Addebito sul mio conto postale con CH-DD di base per gli addebiti diretti (Swiss COR1 Direct Debit)**

Con la presente autorizzo PostFinance, fino a nuovo ordine, ad addebitare sul mio conto gli importi pendenti indicati dall'emittente della fattura SERAFE AG.

IBAN (conto postale) **C H**

Se il mio conto non presenta la copertura necessaria, PostFinance può verificarla più volte in modo da compiere il pagamento, tuttavia non è tenuta a effettuare l'addebito. Per ogni addebito del conto sarà avvisato il cliente PostFinance nella forma convenuta con lo stesso (ad es. mediante estratto conto). L'importo addebitato sarà riaccredito al cliente se lo contesta presso PostFinance in forma vincolante entro 30 giorni dalla data dell'avviso. **Si prega di inviare l'autorizzazione di pagamento debitamente compilata a: SERAFE AG, casella postale, 8010, Zurigo.**

**Addebito del mio conto bancario (LSV+)**

LSV-Ident. SEJ1W

Con la presente autorizzo la mia banca, fino a nuovo ordine, ad addebitare sul mio conto gli avvisi di addebito indicati dalla SERAFE AG.

Nome della banca

NPA, luogo

IBAN (conto bancario) **C H**

Se il mio conto non presenta la copertura sufficiente, la mia banca non è tenuta ad effettuare l'addebito. Riceverò un avviso per ogni addebito sul mio conto. L'importo addebitato mi verrà riaccredito se lo contesterò alla mia banca in forma vincolante entro 30 giorni dalla data dell'avviso. Autorizzo la mia banca a informare la SERAFE AG sul contenuto della presente autorizzazione di addebito nonché sulla sua eventuale revoca successiva, in qualsiasi modo essa lo ritenga opportuno. **La preghiamo di restituire l'autorizzazione all'addebito compilata in ogni suo punto alla banca.**

## Importante

L'addebito automatico degli importi avviene a scadenza della fattura, e solo se la vostra banca ha attivato il servizio di addebito. Sino allora la preghiamo di continuare a pagare la fattura come di consueto.



Luogo, data

Firma 1\*

Firma 2\*

\* Firma del mandante o del procuratore sul conto postale/bancario. In caso di firma collettiva sono necessarie due firme.

## Autorizzazione (lasciare vuoto, sarà compilato dalla banca)

IBAN

IID

Data  Timbro e visto della banca

