



groupe 

Zahlungsermächtigung mit Widerspruchsrecht

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

Angaben zum Rechnungssteller/Zahlungsempfänger

Groupe E SA, route de Morat 135, 1763 Granges-Paccot

Teilnehmer-Nr. des

Rechnungsstellers (RS-PID) 41101000000673658

LSV IDENT. EEF2W

Angaben zum Lastschriftzahler (Kunde)

Kundenreferenz-Nr. _____

Firma _____

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 Rechnungsstellers einsenden.

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 _____

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

IBAN (Bankkonto) _____

Stempel und Visum

Datum _____

der Bank _____