

Zahlungsempfänger
Medpension vsao asmac
Brunnhofweg 37
Postfach 319
3000 Bern 14

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

Formular für Lastschriften

Belastungsermächtigung mit Widerspruchsrecht für Rechnungen von Medpension.

Personalien Zahlungspflichtiger

Firmen-Nr.

Gültig für gesamten Vertrag?

ja nein

Nur gültig für Filiale/Kollektiv

1 2 3

Name

Vorname

Strasse/Nr.

PLZ/Ort

Telefon (tagsüber)

E-Mail

Belastung meines Bankkontos (LSV+)

Medpension LSV IDENT. FIV1W

Name Bank

PLZ/Ort

Bankenclearing-Nr. (sofern bekannt)

IBAN (Die IBAN-Nr. finden Sie auf Ihrem Bankkonto-Auszug) oder Konto-Nr.

Hiermit ermächtige ich meine Bank bis auf Widerruf, die ihr von Medpension vorgelegten Lastschriften in CHF meinem Konto zu belasten. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht für meine Bank keine Verpflichtung zur Belastung. Jede Belastung meines Kontos wird mir avisiert. Der belastende Betrag wird mir zurückvergütet, falls ich innerhalb von 30 Tagen nach Avisierungsdatum bei meiner Bank in verbindlicher Form Widerspruch einlege. Ich ermächtige meine Bank, Medpension im In- oder Ausland den Inhalt dieser Belastungsermächtigung sowie deren allfällige spätere Aufhebung mit jedem der Bank geeignet erscheinenden Kommunikationsmittel zur Kenntnis zu bringen.

Ort/Datum

Unterschrift

.....

Berichtigung

Bitte leer lassen, wird von der Bank ausgefüllt.

BC-Nr.

IBAN

Datum

Stempel und Visum der Bank

.....

Belastung meines Postkontos (Debit Direct)

VSAO DD Teilnehmer-Nr. 131409

Postkonto-Nr.

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

Ort/Datum

Unterschrift

.....

(Seite 2, zum Ausdrucken und als Deckblatt für die Einsendung mit Fenstercouvert)

Medpension vsao asmac
Brunnhofweg 37
Postfach 319
3000 Bern 14

Medpension vsao asmac
Brunnhofweg 37
Postfach 319
3000 Bern 14