

Bénéficiaire

Medpension vsao asmac
Brunnhofweg 37
Case postale 319
3000 Berne 14

Veillez renvoyer la présente autorisation de débit dûment remplie à l'adresse susmentionnée du bénéficiaire du paiement.

Formulaire de recouvrement

Autorisation de débit avec droit de contestation pour les factures de Medpension.

Identité de l'auteur du versement

N° d'entreprise

S'applique à l'ensemble du contrat?

oui non

Seulement valable pour la succursale/le collectif

1 2 3

Nom

Prénom

Rue/N°

NPA/Lieu

Téléphone (pendant la journée)

E-mail

Débit de mon compte bancaire (LSV+)

Medpension LSV IDENT. FIV1W

Nom de la banque

NPA/Lieu

N° de clearing (si connu)

IBAN (vous trouverez le N° IBAN sur l'extrait de votre compte bancaire) ou N° de compte

Par la présente j'autorise ma banque, sous réserve de révocation, à débiter de mon compte les recouvrements directs en CHF émis par Medpension. Si mon compte ne présente pas la couverture suffisante, il n'existe pour ma banque aucune obligation de débit. Chaque débit sur mon compte me sera avisé. Le montant débité me sera remboursé si je le conteste dans les 30 jours après la date de l'avis auprès de ma banque, en la forme contraignante. J'autorise ma banque à informer Medpension, en Suisse ou à l'étranger, du contenu de cette autorisation de débit ainsi que de son éventuelle annulation par la suite, et ce par tous les moyens de communication qui lui sembleront appropriés.

Lieu/Date

Signature

.....

Rectification

Laisser vide, à remplir par la banque.

N° CB

IBAN

Date

Timbre et visa de la banque

.....

Débit de mon compte postal (Debit Direct)

N° de participant DD 131409

N° compte postal

Par ma signature, j'autorise le bénéficiaire du paiement, sous réserve de révocation, à débiter de mon compte postal les montants dus. Si mon compte ne présente pas une couverture suffisante, il n'existe pour PostFinance aucune obligation de débit. Les recouvrements Debit Direct sont gratuits. J'ai le droit de contester les débits dans un délai de 30 jours après réception de l'avis, sur demande écrite, auprès de mon centre des opérations.

Lieu/Date

Signature

.....

(Page 2, pour l'impression et comme page de couverture pour l'envoi avec une enveloppe à fenêtre)

Medpension vsao asmac
Brunnhofweg 37
Case postale 319
3000 Berne 14

Medpension vsao asmac
Brunnhofweg 37
Case postale 319
3000 Berne 14