vsao asmac
medpension
La prévoyance en bonnes mains.

Brunnhofweg 37, Case postale 319, 3000 Berne 14
T +41 31 560 77 77, F +41 31 560 77 88
info@medpension.ch, www.medpension.ch

Bénéficiaire
Medpension vsao asmac
Brunnhofweg 37
Case postale 319
3000 Berne 14

Veuillez 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 ☐☐☐☐☐

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

.....

(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