

Zahlungsermächtigung mit Widerspruchsrecht

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



Bitte senden Sie meine Rechnungsinformationen zukünftig an mein Finanzinstitut zur direkten Begleichung. Ich erhalte weiterhin die Rechnung ohne Einzahlungsschein zur Kontrolle.

Frau Herr Firma

Vorname Name

Firma

Strasse, Nr.

PLZ, Ort SR-Nr.

Kd-Nr.

Bankkontoverbindung

Belastung des Bankkontos mit LSV+
Hiermit ermächtigt der Bankkunde bis auf Widerruf, die ihr von obigem Rechnungssteller angegebenen fälligen Beträge seinem Konto zu belasten.

Bank

IBAN*

Konto-Nr.

Name d. Bank

Clearing-Nr.

PLZ, Ort

* Bitte die IBAN-Nummer unbedingt angeben. Sie finden die Nummer auf jedem Kundendokument Ihrer Bank.

Postkontoverbindung

Belastung des Postkontos mit CH-DD-Basislastschrift (Swiss COR1 Direct Debit)
Hiermit ermächtigt der Kunde PostFinance AG bis auf Widerruf, die ihr von obigem Rechnungssteller angegebenen fälligen Beträge seinem Konto zu belasten.

PostFinance AG

IBAN*

Konto-Nr. - -

Wenn das Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, kann PostFinance AG diese mehrmals prüfen, um die Zahlung durchzuführen, ist aber nicht verpflichtet, die Belastung vorzunehmen. Jede Belastung des Kontos wird dem Kunden von PostFinance AG 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 AG in verbindlicher Form Widerspruch einlegt. Bitte die vollständig ausgefüllte Zahlungsermächtigung **an die unten erwähnte Adresse** des Zahlungsempfängers einsenden.

* Bitte die IBAN-Nummer unbedingt angeben. Sie finden die Nummer auf jedem Kundendokument Ihrer PostFinance AG.

Meine Belastungsermächtigung mit Widerspruchsrecht: Mit meiner Unterschrift ermächtige ich mein Finanzinstitut bis auf Widerruf, die Rechnungen des Zahlungsempfängers direkt meinem Konto zu belasten (LSV+/CH-DD). Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, kann mein Finanzinstitut diese mehrmals prüfen, um die Zahlung durchzuführen, ist aber nicht verpflichtet, die Belastung vorzunehmen. Jede Belastung meines Kontos wird mir avisiert. Ich habe das Recht, Belastungen innerhalb von 30 Tagen ab Versand des Kontoauszugs schriftlich bei meinem Finanzinstitut zu widerrufen.


Ort, Datum Unterschrift/en*

* Unterschrift des Vollmachtgebers oder Bevollmächtigten. Bei Kollektivzeichnung sind zwei Unterschriften erforderlich

Bitte leer lassen, wird von der Bank ausgefüllt.

Zahlungsempfänger
Regio Energie Solothurn
Rötistrasse 17
4502 Solothurn

Teilnehmer-Nr. des Rechnungsstellers (RS-PID)
411 01 000000 56 40 48

LSV-IDENT.SWS30		Stempel Bank
Bankenclearing-Nr. <input type="text"/>		
Konto-Nr. <input type="text"/>		

Bitte senden Sie uns das Formular aufgrund der notwendigen Originalunterschrift unbedingt per Post zu. Vielen Dank!