Arbon Energie AG
Salwiesenstrasse 1, 9320 Arbon
071 447 62 63, office@arbonenergie.ch
www.arbonenergie.ch

LSV IDENT. WEA1W

Zahlungsermächtigung mit Widerspruchsrecht

für das Postkonto von PostFinance AG (Debit Direct) und das Bankkonto (LSV+)

Angaben zum Lastschriftzahler (Kunde)

Kunden-Nr. _____ Firma _____

Name _____ Vorname _____

Strasse/Nr. _____ PLZ/Ort _____

Telefon _____ E-Mail _____

Belastung des Postkontos mit Debit Direct

Hiermit ermächtigt der Kunde PostFinance bis auf Widerruf, die ihr von obigem Rechnungsteller angegebenen fälligen Beträge seinem Konto zu belasten.

IBAN (Postkonto) _____

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, kann PostFinance diese mehrmals prüfen, um die Zahlung durchzuführen, ist aber 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 PostFinance zu widerrufen.

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

Ort, Datum _____ Unterschrift* _____

*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) _____ IID (sofern bekannt) _____

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung 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 _____

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

IBAN (Bankkonto) _____ IID _____

Datum _____ Stempel und Visum der Bank _____