

AHV-Kasse Coiffure & Esthétique
Wyttbachstrasse 24
Postfach
3000 Bern 22

Zahlungsermächtigung *mit Widerspruchsrecht*

CH-DD-Basislastschrift (Swiss COR1 Direct Debit) der PostFinance AG

Angaben zum Rechnungssteller

Teilnehmer-Nr. des Rechnungsstellers (RS-PID)

Angaben zum Lastschriftzahler (Kunde)

| | |
|--------------------|----------|
| Kundenreferenz-Nr. | Firma |
| Name | Vorname |
| Strasse, Nr. | PLZ, Ort |
| Telefon | E-Mail |

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

IBAN (Postkonto)

Wenn das Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, kann PostFinance diese mehrmals prüfen, um die Zahlung durchzuführen, ist aber nicht verpflichtet, die Belastung vorzunehmen.

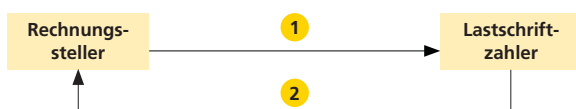
Jede Belastung des Kontos wird dem Kunden von PostFinance in der mit ihm vereinbarten Form avisiert (z.B. mit dem Kontoauszug). Der belastete Betrag wird dem Kunden rückvergütet, falls er innerhalb von 30 Tagen nach Avisierungsdatum bei PostFinance in verbindlicher Form Widerspruch einlegt.

Bitte die vollständig ausgefüllte Zahlungsermächtigung **an die oben erwähnte Adresse** des Rechnungsstellers einsenden.

Ort, Datum

Unterschrift(en)*

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



1. Der Rechnungssteller stellt dem Lastschriftzahler die Zahlungsermächtigung zur Verfügung.
2. Der Lastschriftzahler sendet die vollständig ausgefüllte Zahlungsermächtigung an die oben erwähnte Adresse des Rechnungsstellers.