

DD und LSV Formular

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

Angaben zum Rechnungssteller/Zahlungsempfänger

Firma Energie Seeland AG, Beundengasse 1, 3250 Lyss
Teilnehmer-Nr. des
Rechnungsstellers (RS-PID) 41100000000017309
LSV IDENT. GBLY1

Angaben zum Lastschriftzahler (Kunde)

Ich wünsche die Direktbelastung für die Rechnungstellung folgender Produkte:

Energie Quickline Kommunikationsanlagen

Kundennummer _____
Firma _____
Name/Vorname _____
Strasse/Nr. _____
Postfach _____ Telefon _____
PLZ/Ort _____ E-Mail _____

Belastung des Postkontos mit CH-DD-Basislastschrift (Swiss COR1 Direct Debit)

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

IBAN-Nr. (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.

Kunde

Ort, Datum

Unterschrift(en)*

* 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-Nr. (Bankkonto) _____

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht 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.

Kunde

Ort, Datum

Unterschrift

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

IBAN-Nr. (Bankkonto) _____

Bank

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift