

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



Kyburgerstrasse 15

5001 Aarau

www.sva-ag.ch

Zahlungsempfänger

SVA Aargau
Kyburgerstrasse 15
5001 Aarau

Debit Direct-Teilnehmer-Nr.
LSV IDENT.

119248
SVA1W

Zahlungspflichtiger

Betreff-Nummer	Firmenname
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name	Vorname
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Strasse, Nummer	PLZ, Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Wichtig: Füllen Sie nur eine Belastungsermächtigung aus: Post oder Bank

Belastung meines Postkontos (Debit Direct)

Mit meiner Unterschrift ermächtige ich den Zahlungsempfänger bis auf Widerruf, die fälligen Quartals- oder Monatsrechnungen meinem Postkonto zu belasten.

IBAN

<input type="text" value="C"/>	<input type="text" value="H"/>	<input type="text"/>																	
--------------------------------	--------------------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Wenn mein Konto die erforderliche Bonität nicht aufweist, ist PostFinance nicht verpflichtet, die Belastung vorzunehmen. Die Debit Direct-Belastungen sind kostenlos. Ich habe das Recht, ausgeführte Belastungen innerhalb von 30 Tagen ab Versand des Kontoauszugs schriftlich bei meinem Operations Center zu widerrufen.

➔ Bitte die vollständig ausgefüllte Postkonto Belastungsermächtigung an die SVA Aargau senden

Ort, Datum	Unterschrift
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Belastung meines Bankkontos (LSV)

Hiermit ermächtige ich meine Bank bis auf Widerruf, die von obigen Zahlungsempfängern vorgelegten Lastschriften meinem Konto zu belasten.

Bankname	PLZ, Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>

IBAN

<input type="text" value="C"/>	<input type="text" value="H"/>	<input type="text"/>																	
--------------------------------	--------------------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

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 zurückvergütet, falls ich innerhalb von 30 Tagen nach der Avisierung bei meiner Bank in verbindlicher Form Widerspruch einlege. Ich ermächtige meine Bank, dem obigen Zahlungsempfänger eine spätere Aufhebung zu kommunizieren.

➔ Bitte die vollständig ausgefüllte Bankkonto Belastungsermächtigung an die Bank senden

Ort, Datum	Unterschrift
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Berichtigung (leer lassen, wird von der Bank ausgefüllt)

IBAN

<input type="text" value="C"/>	<input type="text" value="H"/>	<input type="text"/>																	
--------------------------------	--------------------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Datum	Stempel und Visum der Bank
<input type="text"/>	<input type="text"/>