MONATLICH SPENDEN,

GANZ EINFACH!

Noch einfacher

- Nur 1 Formular ausfüllen
- Keine ES mehr nötig

Ohne Verpflichtung

- Widerrufsrecht
- Annulationsrecht

Noch effizienter

- Weniger Briefverkehr
- Tiefere Administrationskosten

ZAHLUNGSERMÄCHTIGUNG MIT WIDERSPRUCHSRECHT

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

Ja, ich möchte die Arbeit von Medair unterstützen. Mit einem monatlichen Betrag in Höhe von:

☐ CHF 25.– ☐ CHF 50.–

☐ CHF 100.– ☐ CHF .....

Name: .....

Vorname: .....

Adresse: .....

PLZ/Ort: .....

E-Mail :
(falls Sie Informationen per E-Mail wünschen):
.....

CX1902
LSV Identif. MDA1W
SDD Identif. 121000
Teilnehmer-Nr (RS-PID) :
41101000000493044

BELASTUNG DES POSTKONTOS MIT CH-DD-BASISLASTSCHRIFT (SWISS COR1 DIRECT DEBIT)

Hiermit ermächtige ich die PostFinance, den nachfolgend aufgeführten Betrag bis auf Widerruf meinem Konto zu belasten; zugunsten von Medair, Croset 9, 1024 Ecublens.

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 untenstehende Adresse senden.

ODER

BELASTUNG DES BANKKONTOS MIT LSV+

Hiermit ermächtige ich meine Bank, den nachfolgend aufgeführten Betrag bis auf Widerruf meinem Konto zu belasten; zugunsten von Medair, Croset 9, 1024 Ecublens.

Bank: ..... PLZ, Ort: .....

IBAN (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 untenstehende Adresse senden.

Ort und Datum: ..... Unterschrift(en)*: .....

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

BITTE ZURÜCKSENDEN AN
MEDAIR, CHEMIN DU CROSET 9, 1024 ECUBLENS

Frei lassen, wird durch die Bank ausgefüllt

Datum:..... Stempel und Unterschrift:.....