

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

SVA Zürich

Ausgleichskasse

Sozialversicherungsanstalt
des Kantons Zürich
Röntgenstrasse 17, Postfach, 8087 Zürich
Tel 044 448 50 00, Fax 044 448 55 55
www.svazurich.ch, info-ahv@svazurich.ch

Zahlungsempfänger

SVA Zürich
Postfach
8087 Zürich

Direct-Debit-Teilnehmer-Nr.
LSV IDENT.

41101000000588104
SVZ1W

Zahlungspflichtiger

Abrechnungsnummer

Firma

|

|

Name

Vorname

|

|

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

|

|

Telefon tagsüber

|

Belastung meines Postkontos (Direct Debit)

Mit meiner Unterschrift ermächtige ich den Zahlungsempfänger bis auf Widerruf, die fälligen Beträge meinem Postkonto zu belasten.

IBAN

|

Wenn mein Konto die erforderliche Bonität nicht aufweist, ist PostFinance nicht verpflichtet, die Belastung vorzunehmen. Die Direct-Debit-Belastungen sind für mich kostenlos. Ich habe das Recht, Belastungen innerhalb von 30 Tagen ab Versand des Kontoauszugs schriftlich bei meinem Operations Center zu widerrufen. – Bitte die vollständig ausgefüllte Belastungsermächtigung **an die SVA Zürich senden** (Adresse oben unter „Zahlungsempfänger“).

Ort, Datum

Unterschrift

|

|

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

Belastung meines Bankkontos (LSV+)

CHF

Hiermit ermächtige ich meine Bank bis auf Widerruf, die ihr von obigem Zahlungsempfänger vorgelegten Lastschriften in CHF meinem Konto zu belasten.

Bankname

PLZ, Ort

|

|

IBAN

|

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 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 (leer lassen, wird von der Bank ausgefüllt)

IBAN

|

Datum

Stempel und Visum der Bank

|

|