



Zahlungsermächtigung mit Widerspruchsrecht

RS-PID 4110100000533784
LSV-Ident SKK1W

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

Schweizerisches Rotes Kreuz
Kanton Zürich
Drahtzugstrasse 18
CH-8008 Zürich

Mein Beitrag beträgt: _____ CHF

Zahlungsart: jährlich monatlich

Herr Frau Familie

Name: _____ Vorname: _____

Strasse/PLZ/Ort: _____

Email: _____ Handy: _____ Geburtsdatum: _____

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 (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 unten erwähnte Adresse des SRK Kanton Zürich** (Rechnungssteller) einsenden.

Ort, Datum _____

Unterschrift(en)* _____

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

Belastung des Bankkontos mit LSV+ Belastungsermächtigung mit Widerspruchsrecht (LSV-Ident SKK1W)

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 (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.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

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

IBAN (Bankkonto) _____

Datum _____ Stempel und Visum der Bank _____