

LSV-IDENT. Zahlungsempfänger
IWB1W IWB
Margarethenstrasse 40
4002 Basel
Ansprechpartner Bereich Kundendienst
Telefon +41 61 275 52 52
E-Mail lastschriftverfahren@iwb.ch

BELASTUNGSERMÄCHTIGUNG MIT WIDERSPRUCHSMÖGLICHKEIT

1. KUNDENANGABEN

Vorname, Name	<input type="text"/>
Strasse, Nr.	<input type="text"/>
PLZ, Ort	<input type="text"/>
Vertragskonto-Nr.	<input type="text"/> <small>Ihre Vertragskonto-Nr. finden Sie auf der ersten Seite Ihrer Rechnung.</small>
Kunden-Nr.	<input type="text"/> <small>Ihre Kunden-Nr. finden Sie auf der ersten Seite Ihrer Rechnung.</small>

2. ZAHLUNGSANGABEN UND BELASTUNGSERMÄCHTIGUNG

Hiermit ermächtige ich meine Bank bis auf Widerruf, die von den IWB vorgelegten Lastschriften meinem Konto zu belasten:

Name der Bank	<input type="text"/>
PLZ, Ort	<input type="text"/>
IBAN	<input type="text"/>
oder Kontonummer	<input type="text"/>
Bankenclearing-Nr. (falls bekannt)	<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 Avisierung bei meiner Bank in verbindlicher Form Widerspruch einlege.
Ich ermächtige meine Bank, dem Zahlungsempfänger im In- und Ausland den Inhalt dieser Belastungsermächtigung sowie deren allfällige spätere Aufhebung mit jedem der Bank geeignet erscheinenden Kommunikationsmittel zur Kenntnis zu bringen.

Ort, Datum

Unterschrift

Berechtigung	Bitte leer lassen, wird von der Bank ausgefüllt.		
BC-Nr.	<input type="text"/>	IBAN	<input type="text"/>
Datum	<input type="text"/>	Stempel und Visum der Bank	<input type="text"/>