



LSV-IDENT.
Zahlungsempfänger

IWB1W
IWB
Margarethenstrasse 40
4002 Basel

Ansprechpartner
Telefon
E-Mail

Bereich Kundendienst
+41 61 275 52 52
lastschriftverfahren@iwb.ch

Belastungsermächtigung mit Widerspruchsmöglichkeit

Graue Felder unbedingt ausfüllen

Vorname, Name _____

Strasse, Nr. _____

PLZ, Ort _____

Kunden-Nr.* _____

*Ihre Kunden-Nr. finden Sie auf der ersten Seite Ihrer Rechnung.

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

Bankname _____

PLZ und Ort _____

IBAN

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

oder Konto-Nr. _____

Bankenclearing-Nr.

--	--	--	--	--	--

(sofern bekannt)

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.

--	--	--	--	--

 IBAN

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

Datum _____ Stempel und Visum der Bank: _____