Zahlungsermächtigung mit Widerspruchsrecht

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

Angaben zum Rechnungssteller/Zahlungsempfänger

Salt Mobile SA - Sky Mobile
Payment Administration/Direct Debit
Rue du Caudray 4
CH-1020 Renens 1

Teilnehmer-Nr. des Rechnungsstellers (RS-PID): 41101000000678993
IDENT. LSV: ORC1W

Angaben zum Lastschriftzahler (Sky Mobile Kunde)

Rechnungskonto-Nr.: _____ Firma: _____

Name: _____ Vorname: _____

Strasse, Nr.: _____ PLZ, Ort: _____

Sky Mobile Mobilnummer: _____ E-Mail: _____

Bitte beachten Sie:
Sobald Sie mit der monatlichen Rechnung keinen Einzahlungsschein mehr erhalten, erfolgt die Direktbelastung. Bis zu diesem Zeitpunkt zahlen Sie bitte wie gewohnt mit dem Einzahlungsschein.

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, fallser innerhalb von 30 Tagen nach Avisierungsdatum bei PostFinance in verbindlicher Form Widerspruch einlegt.

Bitte die vollständig ausgefüllte und unterzeichnete Zahlungsermächtigung an die oben erwähnte Adresse von Sky Mobile senden.

Name, Vorname: _____ Unterschrift: _____

Name, Vorname: _____ Unterschrift*: _____

Ort, Datum: _____

***Bei Firmen ist (sind) die Unterschrift(en) gemäss Handelsregister obligatorisch.**

Belastung des Bankkontos mit LSV+
Hiermit ermächtige ich meine Bank bis auf Widerruf, die ihr von obigem Zahlungsempfänger vorgelegten Lastschriften meinem Konto zu belasten.

Bankname: _____ PLZ, Ort: _____

IBAN (Bankkonto): _____ IID (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 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 Zahlungsermächtigung sowie deren allfällige spätere Aufhebung mit jedem der Bank geeignet erscheinenden Kommunikationsmittel zur Kenntnis zu bringen.

Bitte das Originalformular der vollständig ausgefüllten und unterzeichneten Belastungsermächtigung an Ihre Bank senden.

Name, Vorname: _____ Unterschrift: _____

Name, Vorname: _____ Unterschrift*: _____

Ort, Datum: _____

***Bei Firmen ist (sind) die Unterschrift(en) gemäss Handelsregister obligatorisch.**

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

IBAN (Bankkonto): _____ IID: _____

Datum: _____ Stempel und Visum der Bank: _____

DRUCKEN