KinderhilfeBethlehem

Spital-Patenschaft

Zahlungsermächtigung mit Widerspruchsrecht

Hiermit ermächtige ich die Bank/PostFinance bis auf Widerruf, die gewünschte Lastschrift (LSV) meinem Konto zu belasten und der Kinderhilfe Bethlehem zu überweisen. Weist mein Konto nicht die erforderliche Deckung auf, besteht für das Finanzinstitut keine Verpflichtung zur Belastung. Der belastete Betrag wird mir zurückvergütet, falls ich die Belastungsanzeige innerhalb von 30 Tagen unterzeichnet und datiert an die Bank/PostFinance zurücksende.

Mein Betrag ☐ Fr. 240.00

Häufigkeit ☐ vierteljährlich ☐ halbjährlich ☐ jährlich

Erstes Ausführungsdatum ☐ sofort ☐ ab |__|__|.|__|__|.|__|__|__|__|

Belastung meines Postkontos

Postkonto-Nr. |__|__| - |__|__|__|__|__|__| - |__|

Belastung meines Bankkontos

Bankname _____ Filiale _____

IBAN |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Persönliche Angaben

☐ Herr ☐ Frau ☐ Firma

Name _____ Vorname _____

Strasse / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Telefon _____ E-Mail _____

Geburtsdatum |__|__|.|__|__|.|__|__|__|__|

Wenn das Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, kann die Bank/PostFinance diese mehrmals prüfen, um die Zahlung durchzuführen, ist aber nicht verpflichtet, die Belastung vorzunehmen. Jede Belastung des Kontos wird der Kundin oder dem Kunden von der Bank/PostFinance in der mit ihr/ihm vereinbarten Form avisiert (z.B. mit dem Kontoauszug). Der belastete Betrag wird der Kundin/dem Kunden rückvergütet, falls sie/er innerhalb von 30 Tagen nach Avisierungsdatum bei der Bank/PostFinance in verbindlicher Form Widerspruch einlegt.

Ort/Datum _____ Unterschrift _____

Meine Daten werden vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben. Durch meine Unterschrift werde ich mit oben aufgeführtem Jahresbeitrag Patin/Pate bei Kinderhilfe Bethlehem. Diese Anmeldung kann jederzeit widerrufen werden. Mit der Bekanntgabe meiner Daten erkläre ich mich mit der elektronischen, telefonischen und schriftlichen Kontaktaufnahme einverstanden.

Leer lassen, wird von der Bank ausgefüllt.

LSV Ident: KHB1W

IBAN |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Ort/Datum _____ Stempel und Visum der Bank _____

Bitte senden Sie das Formular an: Kinderhilfe Bethlehem, Winkelriedstrasse 36, Postfach, 6002 Luzern