

Zahlungsempfänger

Kunde

Rotes Kreuz Baselland
Notruf
Fichtenstrasse 17
4410 Liestal

**Belastungsermächtigung mit Widerspruchsrecht
für das Postkonto von PostFinance (Debit Direct)**

Debit-Direct-Teilnehmer-Nr. _____

Mit meiner Unterschrift ermächtige ich den Zahlungsempfänger bis auf Widerruf, die fälligen Beträge meinem Postkonto zu belasten.

Kundenreferenz-Nr. _____

Postkonto-Nr. _____

Name, Vorname _____

Strasse, Nr. _____

PLZ, Ort _____

Telefon privat _____

E-Mail _____

Wenn mein Konto die erforderliche Bonität nicht aufweist, ist PostFinance nicht verpflichtet, die Belastung vorzunehmen. Die Debit-Direct Belastungen sind für mich kostenlos. Ich habe das Recht, Belastungen innerhalb von 30 Tagen ab Versand des Kontoauszugs schriftlich bei meinem Operations Center zu widerrufen.

Bitte die vollständig ausgefüllte Belastungsermächtigung an die oben erwähnte Adresse des Zahlungsempfängers einsenden.

Ort, Datum _____

Unterschrift: _____