

**Zahlungsempfänger**

VSAO/ASMAC Stiftung für Selbständigerwerbende  
 Brunnhofweg 37  
 Postfach 319  
 3000 Bern 14

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

**FORMULAR FÜR LASTSCHRIFTEN**

Belastungsermächtigung mit Widerspruchsrecht für Rechnungen von der VSAO Stiftung für Selbständigerwerbende.

**Personalien Zahlungspflichtiger**

Firmen-Nr.

Gültig für gesamten Vertrag?  Ja  Nein

Nur gültig für Filiale/Kollektiv  1  2  3

Name .....

Vorname .....

Strasse/Nr. ....

PLZ/Ort .....

Telefon (tagsüber) .....

E-Mail .....

**Belastung meines Bankkontos (LSV+)**

VSAO LSV IDENT. FIV1W

Name Bank .....

PLZ/Ort .....

Bankclearing-Nr. (sofern bekannt)

IBAN (Die IBAN-Nr. finden Sie auf Ihrem Bankkonto-Auszug)

oder Konto-Nr. ....

Hiermit ermächtige ich meine Bank bis auf Widerruf, die ihr von der VSAO Stiftung für Selbständigerwerbende vorgelegten Lastschriften in CHF meinem Konto zu belasten. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht für meine Bank keine Verpflichtung zur Belastung. Jede Belastung meines Kontos wird mir avisiert. Der belastende Betrag wird mir zurückvergütet, falls ich innerhalb von 30 Tagen nach Avisierungsdatum bei meiner Bank in verbindlicher Form Widerspruch einlege. Ich ermächtige meine Bank, der VSAO Stiftung für Selbständigerwerbende im In- oder Ausland den Inhalt dieser Belastungsermächtigung sowie deren allfällige spätere Aufhebung mit jedem der Bank geeignet erscheinenden Kommunikationsmittel zur Kenntnis zu bringen.

**Ort/Datum**

**Unterschrift**

.....

.....

**Berichtigung**

Bitte leer lassen, wird von der Bank ausgefüllt.

**BC-Nr.**

**IBAN**

Datum

Stempel und Visum der Bank

.....

.....