cornercard

BELASTUNGSERMÄCHTIGUNG MIT WIDERSPRUCHSRECHT FÜR DAS BANKKONTO (LSV+) UND DAS POSTKONTO VON POSTFINANCE (DEBIT DIRECT).

Zahlungsempfänger
Cornèr Bank AG
Cornèrcard
Via Canova 16
6901 Lugano

LSV IDENT. CBL11

Zahlungspflichtiger

Rechnungseinheit _____ Firma _____

Name _____ Vorname _____

Adresse _____ PLZ, Ort _____

Telefon privat _____ Telefon Geschäft _____

Mobiltelefon _____ E-mail _____

☐ **Antrag zur Belastung der Minimalrate** (mit Ausnahme von Intercard / Business)

Hiermit bitte ich Sie, meinem Konto nur die Minimalrate und nicht den Gesamtsaldo zu belasten. (Gültig nur wenn unterzeichnet)
Die monatliche Zahlung beträgt 5% der Gesamtrechnung (mindestens. CHF 100)

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

☐ **Belastung meines Bankkontos (LSV+)**

Hiermit ermächtige ich meine Bank bis auf Widerruf, die ihr von obigem Zahlungsempfänger vorgelegten Lastschriften meinem Konto zu belasten.

Bankname _____ PLZ, Ort _____

IBAN

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 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 ausgefüllte) BC-Nr.

IBAN

Ort, Datum _____ Stempel und Visum der Bank _____

☐ **Belastung meines Postkontos (Debit Direct)**

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

Postkonto-Nr. _____

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, ist PostFinance nicht verplichtet, 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 an **Cornèrcard, Via Canova 16, 6900 Lugano,** die vollständig ausgefüllte Belastungsermächtigung des Zahlungsempfängers einsenden.

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

27Q

Cornèr Banca SA, Cornèrcard,
Via Canova 16, 6901 Lugano, Tel: +41 91 800 41 41, cornercard.ch

VISA mastercard Diners Club INTERNATIONAL