



**Antragsformular für direkten Zahlungsverkehr  
(Debit Direct)**

**Zahlungsempfänger:**

Abteilung Finanzen  
Bernstrasse 1  
Postfach  
3510 Konolfingen

Telefon 031 790 45 15  
Fax 031 790 45 69

[finanz@konolfingen.ch](mailto:finanz@konolfingen.ch)  
[www.konolfingen.ch](http://www.konolfingen.ch)

**Kunde:**

Kundennummer .....  
Name .....  
Vorname .....  
Strasse/Nr. ....  
PLZ/ Ort .....  
Telefon .....

**Ich wünsche die Belastung der Gebührenrechnung über folgendes Konto**

**Postkonto-Nr.:**

**Meine Belastungsermächtigung mit Widerspruchsrecht:** Mit meiner Unterschrift ermächtige ich die Gemeinde Konolfingen bis auf Widerruf, die fälligen Beträge meinem Gelben Konto zu belasten. Gebührenfrei. Dabei behalte ich das Recht, ausgeführte Belastungen innerhalb von 30 Tagen, ab Versand des Kontodokuments, schriftlich bei meinem Operations Center zu widerrufen.

Ort/Datum ..... Unterschrift .....