



GEMEINDE KONOLFINGEN

Zahlungsempfänger:

Abteilung Finanzen
Bernstrasse 1
Postfach
3510 Konolfingen

Telefon 031 790 45 15
Fax 031 790 45 69

finanz@konolfingen.ch
www.konolfingen.ch

Belastungsermächtigung mit Widerspruchsrecht

Kunde:

Name/Vorname

Strasse/Nr.

PLZ/ Ort

Ich wünsche die Belastung der Gebührenrechnung über folgendes Konto

IBAN-Nr. Oder Konto-Nr.:	<input type="text"/>
Name der Bank:	<input type="text"/>
Bankclearing-Nr.:	<input type="text"/>
PLZ/Ort	<input type="text"/>

Meine Belastungsermächtigung mit Widerspruchsrecht:

Mit meiner Unterschrift ermächtige ich meine Bank bis auf Widerruf, die Rechnungen in CHF des Zahlungsempfängers direkt 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 belastete Betrag wird mir zurückvergütet, falls ich innerhalb von 30 Tagen nach dem 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 ausgefüllt

BC-Nr.	<input type="text"/>	IBAN	<input type="text"/>
Datum	Stempel und Visum der Bank