

# Verstärken Sie Ihr Engagement: Spenden Sie per Lastschriftverfahren (LSV+)

Ihr regelmässiger Beitrag per Lastschriftverfahren hilft mit unseren insatz für die enschenrechte langfristig zu planen und osten zu sparen. Bitte senden Sie uns dieses Formular ausgefüllt und unterschrieben zurück. Herzlichen Dank

## Ja, ich möchte meine Spende mit Lastschrift bezahlen.

### Belastungsermächtigung mit Widerspruchsrecht

Hiermit ermächtige ich meine Bank bis auf Widerruf, die ihr von **ORGANISTION** vorgelegten Lastschriften in CHF meinem Konto zu belasten.

### Persönliche Angaben

Frau Herr

Vorname \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_

Strasse/Nr. \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_ E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

### Ihre regelmässige Spende

Meine Spende \_\_\_\_\_ .- Intervall \_\_\_\_\_

Erste Zahlung ab \_\_\_\_\_

### Belastung meines Bankkontos

IBAN \_\_\_\_\_

Bankname \_\_\_\_\_

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, **ORGANISTION** Am In- oder Ausland den Inhalt dieser Belastungsermächtigung sowie deren allfällige spätere Aufhebung mit jedem der Bank geeignet erscheinenden Kommunikationsmittel zur Kenntnis zu bringen.

### Rechnungssteller / Zahlungsempfänger

Organisation, Strasse Nr., PLZ, Ort  
LSV IDENT. XXXXX

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

**Bitte die vollständig ausgefüllte Zahlungsermächtigung an die oben erwähnte Adresse des Rechnungsstellers senden.**

Berechtigung: Leer lassen, wird von der Bank ausgefüllt	
BC-Nr. _____	
IBAN C, H _____	
Ort, Datum _____	Stempel und Visum der Bank _____