

## Zahlungsermächtigung mit Widerspruchsrecht

CH-DD-Basislastschrift (Swiss COR1 Direct Debit) auf das Postkonto der  
PostFinance AG oder Lastschriftverfahren LSV+ auf das Bankkonto

### Angaben zum Rechnungssteller/Zahlungsempfänger

AHV-Ausgleichskasse des Kantons Graubünden Ottostrasse 24 7000 Chur	Teilnehmer-Nr. des Rechnungsstellers (RS-PID) LSV IDENT.	411 0100000597125 AKG1W
--	--	----------------------------

### Angaben zum Lastschriftzahler (Kunde)

Abrechnungsnummer 	Firma 
Name 	Vorname 
Strasse, Nr. 	PLZ, Ort 
Telefon tagsüber 	

### Belastung des Postkontos mit CH-DD-Basislastschrift (Swiss COR1 Direct Debit)

Hiermit ermächtigt der Kunde PostFinance bis auf Widerruf, die ihr von obigem Rechnungssteller angegebenen fälligen Beträge seinem Konto zu belasten.

IBAN (Postkonto)  
|

Wenn das Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, kann PostFinance diese mehrmals prüfen, um die Zahlung durchzuführen, ist aber nicht verpflichtet, die Belastung vorzunehmen. Jede Belastung des Kontos wird dem Kunden von PostFinance in der mit ihm vereinbarten Form avisiert (z.B. mit dem Kontoauszug). Der belastete Betrag wird dem Kunden rückvergütet, falls er innerhalb von 30 Tagen nach Avisierungsdatum bei PostFinance in verbindlicher Form Widerspruch einlegt.

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

Ort, Datum 	Unterschrift 
----------------	------------------

\*Unterschrift des Vollmachtgebers oder Bevollmächtigten auf dem Postkonto. Bei Kollektivzeichnung sind zwei Unterschriften erforderlich.

### 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 (Bankkonto)  
|

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.

Bitte die vollständig ausgefüllte Belastungsermächtigung **an die Bank** senden.

Ort, Datum 	Unterschrift 
----------------	------------------

### Berichtigung (leer lassen, wird von der Bank ausgefüllt)

IBAN (Bankkonto)  
|

Datum 	Stempel und Visum der Bank 
-----------	--------------------------------