

Bank- bzw. Post-Ermächtigung

Ausgleichskasse des
Kantons Solothurn
Allmendweg 6
4528 Zuchwil

Kundennummer **122515**
LSV-Identifikation **AKS1W**

Abrechnungs-Nr. _____

Wichtig: Füllen Sie nur eine Belastungsermächtigung aus: Gelbes Konto oder Bank

Belastungsermächtigung Gelbes Konto

Mit meiner Unterschrift ermächtige ich die Ausgleichskasse des Kantons Solothurn bis auf Widerruf, die fälligen Beträge meinem Gelben Konto gebührenfrei zu belasten.
Für jede Abbuchung von meinem Gelben Konto erhalte ich von der PostFinance monatlich oder ereignisorientiert eine Lastschriftanzeige. Dabei behalte ich mir das Recht vor, ausgeführte Belastungen innerhalb von 30 Tagen seit Versand des Kontodokuments schriftlich bei meinem Operations Center zu widerrufen.

Nummer des Gelben Kontos _____

Ort und Datum _____

Unterschrift _____

Belastungsermächtigung Bank

Hiermit ermächtige ich meine Bank bis auf Widerruf, die ihr vom obigen Zahlungsempfänger vorgelegten Lastschriften meinem Konto zu belasten. Sollte mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweisen, besteht für meine Bank keine Verpflichtung zur Belastung. Jede Belastung meines Kontos wird mir avisiert.
Der belastete Betrag wird mir wieder gutgeschrieben, falls ich innert 30 Tagen nach Avisierung bei meiner Bank in verbindlicher Form Widerspruch einlege.
Bei Aufhebung dieser Ermächtigung ist meine Bank berechtigt, diese Aufhebung dem Zahlungsempfänger zu kommunizieren.

Name der Bank _____

PLZ und Ort _____

IBAN _____

Ort und Datum _____

Unterschrift _____

(Dieses Feld füllt die Bank aus. Sie sendet uns eine Fotokopie dieser Ermächtigung.)

Berichtigung:

IBAN _____

Datum, Stempel und Unterschrift der Bank _____