Autorisation de paiement avec droit de contestation

Prélèvement CH-DD de base (Swiss COR1 Direct Debit) sur le compte postal de PostFinance SA ou procédure de débit LSV+ sur le compte bancaire

AIDS-HILFE SCHWEIZ
AIDE SUISSE CONTRE LE SIDA
AIUTO AIDS SVIZZERO

Indications sur l'émetteur de la facture / bénéficiaire

Aide suisse contre le Sida, Stauffacherstr. 101, Case postale 9870, 8036 Zurich

N° d'adhérent de l'émetteur de la facture (RS-PID) 41101000000532911 IDENT. LSV AID1W

Mon ordre

Produit	☐ don	☐ membre minimum 60.–/an	☐ parrainage minimum 360.–/an	☐ Red Ribbon Club minimum 750.–/an
Montant en CHF	☐ 150.-	☐ 100.-	☐ 50.-	☐ ..... (minimum 25.–)
Débit	☐ mensuel	☐ trimestriel	☐ semestriel	☐ annuel
Premier débit	☐ dès à présent	dès (mois/année) .. .. 2 0 1 .		

Informations sur le débiteur (client)

N° de référence du client

Entreprise

Nom

Prénom

Rue, n°

NPA, localité

Téléphone

E-mail

Débit du compte postal avec prélèvement CH-DD de base (Swiss COR1 Direct Debit)

Par la présente, le client autorise PostFinance jusqu'à révocation à prélever sur son compte les montants dus à l'émetteur de la facture indiqué ci-dessus.

IBAN (compte postal)

Si le compte ne présente pas la solvabilité nécessaire, PostFinance est autorisée à contrôler le solde à plusieurs reprises en vue d'exécuter le paiement, mais n'est pas tenue d'effectuer le débit.
Chaque débit du compte est notifié au client par PostFinance sous la forme convenue avec lui (p. ex. via l'extrait de compte). Le montant débité est remboursé au client si, dans les 30 jours qui suivent la date de notification, il transmet à PostFinance une opposition sous forme contraignante.

Veuillez envoyer l'autorisation de paiement dûment remplie à l'**adresse** de l'émetteur de la facture **indiquée ci-dessus.**

Lieu, date

Signature(s)*

* Signature du mandant ou du mandataire titulaire du compte postal. Deux signatures sont requises en cas de signature collective.

Débit de mon compte bancaire (LSV+)

Par la présente, j'autorise ma banque, sous réserve de révocation, à débiter de mon compte les recouvrements directs émis par le bénéficiaire ci-dessus.

Nom de la banque

NPA, localité

IBAN (compte bancaire)

IID (si connu)

Si mon compte ne présente pas la couverture suffisante, il n'existe pour ma banque aucune obligation de débit. Chaque débit sur mon compte me sera avisé. Le montant débité me sera remboursé si je le conteste dans les 30 jours après la date de l'avis auprès de ma banque, en la forme contraignante. J'autorise ma banque à informer le bénéficiaire, en Suisse ou à l'étranger, du contenu de cette autorisation de débit ainsi que de son éventuelle annulation par la suite, et ce par tous les moyens de communication qui lui sembleront appropriés.

Veuillez envoyer l'autorisation de débit entièrement complétée **à la banque.**

Lieu, date

Signature

Rectification (ne pas remplir, sera complété par la banque)

IBAN (compte bancaire)

IID

Date

Timbre et visa de la banque

A renvoyer à: Aide suisse contre le Sida, Staufacherstr. 101, Case postale 9870, 8036 Zurich

460.133 fr (dok.pf.pf.ch) 09.2017 PF