

# Spendenauftrag. Zahlungsermächtigung mit Widerspruchsrecht

Multiple Sklerose verändert das Leben eines betroffenen Menschen und seiner Familie radikal. Die entzündliche Erkrankung des Nervensystems ist unheilbar und kann schwere Beeinträchtigungen hervorrufen. **Mit meiner regelmässigen Spende**



**ermögliche ich** MS-Betroffenen Hilfe bei sozialen, medizinischen, pflegerischen und psychischen Fragen.



**helfe ich** Menschen mit MS und ihren Familien, besser mit den Auswirkungen der MS umzugehen.



**fördere ich** Forschungsprojekte zur Verbesserung der Lebensqualität heute und für eine Welt ohne MS morgen.

**Mein Beitrag**  84 Franken  96 Franken  120 Franken  240 Franken  \_\_\_\_\_ Franken (frei wählen)

**Häufigkeit**  monatlich  vierteljährlich  halbjährlich  jährlich

**Meine Adresse**

.....  
.....  
.....  
.....

**Zahlungsempfängerin/  
Rechnungsstellerin:**

Schweiz. MS-Gesellschaft  
Brandrietstrasse 31  
CH-8307 Effretikon

**Telefonnummer**

.....

**E-Mail-Adresse**

.....

LSV Ident: SFH1W

## Durch Belastung meines **Bankkontos** mit LSV

Hiermit ermächtige ich meine Bank bis auf Widerruf, die fälligen Beträge des oben aufgeführten Zahlungsempfängers direkt meinem Konto zu belasten.

**Name der Bank**

.....

**PLZ/Ort**

.....

**IBAN**

C H | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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 Aufhebung mit dem der Bank geeignet erscheinenden Kommunikationsmittel zur Kenntnis zu bringen.

**Ort und Datum:**

.....

**Unterschrift:**

.....

∨ ∨ ∨ ∨ ∨ Nicht ausfüllen (wird von der Bank ausgefüllt) ∨ ∨ ∨ ∨ ∨

**IBAN**

C H | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**Datum Stempel und Unterschrift Bank**

.....

RS-PID-Nr. 41101000001089109

## Durch Belastung meines **Postkontos** mit CH-DD-Basislastschrift, Swiss COR1 Direct Debit

Hiermit ermächtige ich PostFinance bis auf Widerruf, die fälligen Beträge des oben aufgeführten Zahlungsempfängers direkt meinem Postkonto zu belasten.

**IBAN (Postkonto)**

C H | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**Ort und Datum:**

.....

**Unterschrift\*:**

.....

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

Wenn mein 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 mir von PostFinance in der mit mir vereinbarten Form avisiert. Falls ich innerhalb von 30 Kalendertagen nach Avisierungsdatum bei PostFinance verbindlich Widerspruch einlege, wird mir der Betrag zurückvergütet.