Ja, ich werde regelmässiger GÖNNER der Krebsliga Schweiz.

Zahlungsermächtigung mit Widerspruchsrecht für Bankkonto (LSV+) oder Postkonto (CH-DD-Basislastschrift)

Ich engagiere mich mit CHF _____

Periode: ❑ monatlich ❑ vierteljährlich ❑ halbjährlich ❑ jährlich

Erste Zahlung ab ❑ sofort ❑ Monat/Jahr _____/_____

Der Mindestbetrag für Gönner/innen ist **60 Franken pro Jahr.**

Kontoinhaber/in

❑ Frau ❑ Herr ❑ Frau und Herr ❑ Familie

Vorname(n) _____ Name(n) _____

Strasse/Nr. _____ PLZ/Ort _____

E-Mail _____ Telefon _____

Geburtsdatum (-daten) _____

Belastung meines **Bankkontos** mit LSV+

Name der Bank _____ PLZ/Ort _____

IBAN (Bankkonto): C H

Hiermit ermächtige ich meine Bank bis auf Widerruf, die ihr von der Krebsliga Schweiz vorgelegten Lastschriften meinem Konto zu belasten. 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.

ODER

Belastung meines **Postkontos** mit CH-DD-Basislastschrift

IBAN (Postkonto): C H

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

Ort, Datum _____ **Unterschrift(en)*** _____

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

Bitte senden Sie den ausgefüllten Spendenauftrag an:
Krebsliga Schweiz, Effingerstrasse 40, Postfach, 3001 Bern

Berechtigung (bitte leer lassen, wird von der Bank ausgefüllt)

IBAN (Bankkonto): C H

Datum _____ Stempel und Visum _____

Zahlungsempfänger: Krebsliga Schweiz, Effingerstrasse 40, Postfach, CH-3001 Bern, Telefon 031 389 94 84
spenden@krebsliga.ch, www.krebsliga.ch Teilnehmer-Nr. (**RS-PID**): 41101000000660951 **LSV IDENT.**: KRL1W

Web