

## Belastungsermächtigung mit Widerspruchsrecht

für das Postkonto von PostFinance (Debit Direct) und das Bankkonto (LSV+)

### Zahlungsempfänger

Ostschweizerische Ausgleichskasse für Handel und Industrie  
Lindenstrasse 137, Postfach 345  
9016 St. Gallen

Debit-Direct-Teilnehmer-Nr.

134388

LSV IDENT.

OSA1W

### Zahlungspflichtiger

Abr-Nr.

Firmenname

Name

Vorname

Geschäftsdomizil / Adresse (Strasse / Hausnummer, PLZ, Ort)

Telefon- und Fax-Nummer

E-Mail-Adresse

### Belastung des Postkontos (Debit Direct)

Mit der rechtsgültigen Unterschrift ermächtige/n ich/wir den Zahlungsempfänger, bis auf Widerruf die fälligen Beiträge meinem/unserem Postkonto zu belasten.

Postkonto-Nr.

Wenn mein/unser Konto die erforderliche Bonität nicht aufweist, ist PostFinance nicht verpflichtet, die Belastung vorzunehmen. Die Debit-Direct-Belastungen sind kostenlos. Ich/wir habe/n das Recht, Belastungen innerhalb von 30 Tagen ab Versand des Kontoauszuges schriftlich beim Operations Center zu widerrufen.

### Bestätigung

Ort und Datum

Firmenstempel und rechtsgültige Unterschrift/-en (gemäss Unterschriftsermächtigung für das Postkonto)

Kontaktperson

Bitte je ein Exemplar der vollständig ausgefüllten und unterzeichneten Belastungsermächtigung an die **Ostschweizerische Ausgleichskasse für Handel und Industrie** und an die **Postfinance** senden.

## Belastung des Bankkontos (LSV+)

Mit der rechtsgültigen Unterschrift wird die Bank ermächtigt, bis auf Widerruf die ihr vom oben aufgeführten Zahlungsempfänger vorgelegten Lastschriften meinem/unserem Konto zu belasten.

Name der Bank	PLZ, Ort
Konto-Nummer / IBAN	
Banken-Clearing-Nummer	

Wenn mein/unser Konto die erforderliche Bonität nicht aufweist, besteht für die Bank keine Verpflichtung zur Belastung. Jede Belastung des Kontos wird avisiert. Der belastete Betrag wird rückvergütet, falls ich/wir innerhalb von 30 Tagen nach Avisierungsdatum bei der Bank in verbindlicher Form Widerspruch einlege/n. Ich/wir ermächtige/n die Bank, dem Zahlungsempfänger den Inhalt dieser Belastungsermächtigung sowie deren allfällige spätere Aufhebung mit jedem der Bank geeignet erscheinenden Kommunikationsmittel zur Kenntnis zu bringen.

## Bestätigung

Ort und Datum	Stempel und rechtsgültige Unterschrift/-en
Kontaktperson	

Bitte je ein Exemplar der vollständig ausgefüllten und unterzeichneten Belastungsermächtigung an die **Ostschweizerische Ausgleichskasse für Handel und Industrie** und an Ihre **Bank** senden.

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

Konto-Nummer / IBAN	
Banken-Clearing-Nummer	
Datum	Stempel und Visum der Bank
Kontaktperson	

Für die Zustellung per Post verwenden Sie bitte dieses Adressblatt (für rechts- oder linksseitige Fenstercouverts).

Ostschweizerische Ausgleichskasse  
für Handel und Industrie  
Abteilung Beiträge / Mitgliederregister  
Lindenstrasse 137  
Postfach 345  
9016 St. Gallen

Ostschweizerische Ausgleichskasse  
für Handel und Industrie  
Abteilung Beiträge / Mitgliederregister  
Lindenstrasse 137  
Postfach 345  
9016 St. Gallen