



issued by Valartis Bonus Card AG

Belastungsermächtigung Bank / PostFinance Autorisation de débit banque / PostFinance

Zahlungsempfänger / Bénéficiaire

Valartis Bonus Card AG
Postfach
8021 Zürich

Kunde / Client

Kunden-Nr. / No. de client _____
Vorname / Prénom _____
Name / Nom _____
Strasse, Nr. / Rue, No. _____
PLZ, Ort / NPA, localité _____

Lieber Kunde
Wählen Sie aus folgenden Möglichkeiten aus:
 Bitte belasten Sie mir monatlich jeweils soviel,
dass mein Kontoguthaben erhöht wird auf
CHF _____ (max. CHF 3 000.-)
 Bitte belasten Sie mir monatlich immer
CHF _____

Cher client,
Veuillez s.v.p. choisir entre les débits directs suivants:
 Débitez chaque mois mon compte afin que mon
avoir s'élève à
CHF _____ (max. CHF 3 000.-)
 Débitez chaque mois mon compte de
CHF _____

Bank / Banque

Bankname / Nom de la banque	
PLZ, Ort / NPA, localité	
IBAN oder / ou	
Konto-Nr. / No. de compte	
Bankenclearing-Nr. / No. clearing bancaire	

Post / Poste

Postkonto -Nr. / No. de compte postal - -

Belastungsermächtigung mit Widerspruchsrecht

Hiermit ermächtige ich meine Bank/PostFinance bis auf Widerruf, die ihr von obigem Zahlungsempfänger vorgelegten Lastschriften meinem Konto zu belasten.

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht für meine Bank/PostFinance keine Verpflichtung zur Belastung.

Jede Belastung meines Kontos wird mir avisiert.

Der belastete Betrag wird mir zurückvergütet, falls ich innerhalb von 30 Tagen nach Avisierung bei meiner Bank/PostFinance in verbindlicher Form Widerspruch einlege.

Ich ermächtige meine Bank/PostFinance, dem Zahlungsempfänger im In- und Ausland den Inhalt dieser Belastungsermächtigung sowie deren allfällige spätere Aufhebung mit jedem der Bank/PostFinance geeignet erscheinenden Kommunikationsmittel zur Kenntnis zu bringen.

Autorisation de débit avec droit de contestation

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

Si mon compte ne présente pas la couverture suffisante, il n'existe pour ma banque/PostFinance 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 réception de l'avis auprès de ma banque/PostFinance, en la forme contraignante.

J'autorise ma banque/PostFinance à informer le bénéficiaire, en Suisse ou à l'étranger, du contenu de cette autorisation de débit ainsi que son éventuelle annulation par la suite, et ce par tous les moyens de communication qui lui sembleront appropriés.

Ort, Datum / Lieu, date _____

Unterschrift / Signature _____

Berichtigung / Rectification

Leer lassen, wird von der Bank ausgefüllt / Laisser vide, à remplir par la banque

BC-NR. / No.CB <input type="text"/>	IBAN <input type="text"/>
Datum Date <input type="text"/>	Stempel und Visum der Bank Timbre et visa de la banque <input type="text"/>