

### Belastungsermächtigung mit Widerspruchsrecht

für das Postkonto von PostFinance (Swiss Cor1 Debit Direct) und/oder das Bankkonto (LSV+)

### Zahlungsempfänger

Ausgleichskasse Gewerbe St. Gallen  
Lindenstrasse 137, Postfach 245  
9016 St. Gallen

Debit-Direct-Teilnehmer-Nr.

134372

LSV IDENT.

ACS1W

### Zahlungspflichtiger

Abr-Nr.

Firmenname

Name

Vorname

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

Telefon- und Fax-Nummer

E-Mail-Adresse

### Belastung des Postkontos mit CH-DD-Basislastschrift (Swiss Cor1 Debit Direct)

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

IBAN (Postkonto).

Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, ist PostFinance nicht verpflichtet, die Belastung vorzunehmen. Jede Belastung des Kontos wird von PostFinance in vereinbarter Form avisiert. Der belastete Betrag wird rückvergütet, falls ich/wir innerhalb von 30 Tagen nach Avisierungsdatum bei PostFinance in verbindlicher Form Widerspruch einlege/n.

### Bestätigung

Ort und Datum

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

Kontaktperson

Bitte das Formular vollständig ausgefüllt und unterzeichnet an die **Ausgleichskasse Gewerbe St. Gallen** 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	
IID (sofern bekannt)	

Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung 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	Firmenstempel und rechtsgültige Unterschrift/-en (gemäss Unterschriftsermächtigung für das Bankkonto)
Kontaktperson	

Bitte je ein Exemplar der vollständig ausgefüllten und unterzeichneten Belastungsermächtigung an die **Ausgleichskasse Gewerbe St. Gallen** und an Ihre **Bank** senden.

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

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

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

Ausgleichskasse  
Gewerbe St. Gallen  
Abteilung Beiträge / Mitgliederregister  
Lindenstrasse 137  
Postfach 245  
9016 St. Gallen

Ausgleichskasse  
Gewerbe St. Gallen  
Abteilung Beiträge / Mitgliederregister  
Lindenstrasse 137  
Postfach 245  
9016 St. Gallen