



# Anmeldung: ChildRightNow International Gönner

Zahlungsermächtigung mit Widerspruchsrecht

Formular Nr.:

Vorname	Anrede
	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr
Nachname	<input type="checkbox"/> Familie <input type="checkbox"/> Firma
Firma / Adresszusatz	bevorzugte Kommunikation & News
Strasse / Nr.	<input type="checkbox"/> per E-Mail
Postleitzahl Ort	<input type="checkbox"/> per Post
Geburtsdatum Telefon	Mit der Bekanntgabe meiner Daten erkläre ich mich mit der elektronischen, telefonischen und schriftlichen Kontaktaufnahme einverstanden. Meine Daten werden vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben. Diese Anmeldung kann jederzeit per E-Mail oder per Post widerrufen werden.
E-Mail	Datenschutzerklärung: <a href="http://www.childrightnow.ch/de/datenschutz">www.childrightnow.ch/de/datenschutz</a>

Startdatum	Jahresbeitrag	Bemerkungen
<input type="checkbox"/> jährlich	<input type="checkbox"/> vierteljährlich (ab 60.-) zu	
<input type="checkbox"/> halbjährlich zu	<input type="checkbox"/> monatlich (ab 30.-) zu	

**Zahlungsermächtigung mit Widerspruchsrecht CH-DD-Basislastschrift (Swiss COR1 Direct Debit) auf das Postkonto**

Hiermit ermächtige ich die PostFinance bis auf Widerruf, die ihr von der ChildRightNow International angegebene fälligen Beträge meinem Konto zu belasten. IBAN Nr. (Postkonto) RS-PID: 41101000000514966

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 mir von PostFinance in der mit mir vereinbarten Form avisiert (z.B. mit dem Kontoauszug). Der belastete Betrag wird mir rückvergütet, falls ich innerhalb von 30 Tagen nach Avisierungsdatum bei PostFinance in verbindlicher Form Widerspruch einlege.

Ort Datum \*Unterschrift

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

**Belastung meines Bankkontos (Lastschriftverfahren [LSV+] der Bank mit Widerspruchsrecht)**

Bankname PLZ, Ort

Hiermit ermächtige ich meine Bank bis auf Widerruf, die ihr von ChildRightNow International vorgelegten Lastschriften meinem Konto zu belasten. IBAN Nr. (Postkonto)

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 Zahlungsermächtigung sowie deren allfällige spätere Aufhebung mit jedem der Bank geeignet erscheinenden Kommunikationsmittel zur Kenntnis zu bringen.

Ort Datum Unterschrift

LSV-IDENT: D R N 1 W IBAN Nr.

Ort / Datum Name der Bank / Stempel

Bitte hier nur ein Konto angeben