

AHV-Ausgleichskasse Metzger  
Wytttenbachstrasse 24  
Postfach  
3000 Bern 25

## Debit direct - Vereinbarung

Mit meiner Unterschrift ermächtige ich die **AHV-Ausgleichskasse Metzger, 3000 Bern 25** bis auf Widerruf, die fälligen Zahlungen meinem Gelben Konto zu belasten. Ich erhalte für jede Belastung meines Kontos eine Anzeige der Post. Dabei behalte ich das Recht, ausgeführte Belastungen innerhalb von 30 Tagen schriftlich bei der Post zu widerrufen.

Abrechnungs-Nr. \_\_\_\_\_  
Name/Vorname: \_\_\_\_\_  
Strasse/Nr.: \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_  
Postscheckkonto-Nr.: \_\_\_\_\_  
Ort/Datum: \_\_\_\_\_  
  
Unterschrift: \_\_\_\_\_