

AHV-Ausgleichskasse Metzger
Wytttenbachstrasse 24
Postfach
3000 Bern 25

LSV-Vereinbarung

LSV-Ident.: AAM1W

Mit meiner Unterschrift ermächtige ich die **AHV-Ausgleichskasse Metzger, 3000 Bern 25** bis auf Widerruf, die fälligen Zahlungen direkt meinem Konto zu belasten. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, ist meine Bank nicht verpflichtet, die Belastung vorzunehmen. Ich erhalte für jede Belastung meines Kontos eine Anzeige meiner Bank. Dabei behalte ich das Recht, ausgeführte Belastungen innerhalb von 30 Tagen schriftlich bei der Bank zu widerrufen.

Abrechnungs-Nr. _____
Name/Vorname: _____
Strasse/Nr.: _____
PLZ/Ort: _____
Telefon: _____
Name der Bank: _____
IBAN:
oder
Bankkonto-Nr.: _____
Clearing-Nr.: _____
Ort/Datum: _____
Unterschrift: _____

Berichtigung:

Bitte leer lassen, wird von der Bank ausgefüllt:

Bankclearing-Nr.

IBAN

Stempel und Visum der Bank:

Datum: _____