Schweizerisches Rotes Kreuz
Kanton Luzern
Maihofstrasse 95c Postfach CH-6002 Luzern
Mitgliederservice 041 418 74 20 (vormittags)
www.srk-luzern.ch info@srk-luzern.ch

Teilnehmer-Nr. des Rechnungsstellers
(RS-PID): 41101000000497894
LSV Ident: SJK1W

Schweizerisches Rotes Kreuz
Kanton Luzern

Ihre Mitgliedschaft zählt!

Mitgliedsnummer

BITTE IN GROSSBUCHSTABEN DEUTLICH AUSFÜLLEN! DANKE!

Name

Vorname(n)

Adresszusatz / Firmenname

Strasse / Hausnummer

PLZ Ort

E-Mail Adresse

Anrede:
1=Herr
2=Frau
4=(keine Anrede)
5=Familie
6=Herr und Frau

Bei Firma: bitte ankreuzen

Titel

Telefon

Geburtsdatum

Eintrittsjahr 2 0

☐ **Zahlungsermächtigung mit Widerspruchsrecht**
CH-DD-Basislastschrift (Swiss COR1 Direct Debit) auf das Postkonto der PostFinance AG
oder Lastschriftverfahren LSV+ auf das Bankkonto

☐ **PostFinance**

Hiermit ermächtigt der Kunde PostFinance bis auf Widerruf, die ihr von obigem Rechnungssteller angegebenen fälligen Beträge seinem Konto zu belasten.

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

Bitte die vollständig ausgefüllte Zahlungsermächtigung **an die oben erwähnte Adresse des Rechnungsstellers** einsenden.

☐ **Bank**

Hiermit ermächtige ich meine Bank 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 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 Belastungsermächtigung sowie deren allfällige spätere Aufhebung mit jedem der Bank geeignet erscheinenden Kommunikationsmittel zur Kenntnis zu bringen.

Bitte die vollständig ausgefüllte Belastungsermächtigung **an die Bank** senden.

Bankname, PLZ, Ort

IBAN

☐ Einzahlungsschein

Bei Beitragserhöhung
Jahresbeitrag bisher
CHF

Mein Mitgliedsbeitrag
beträgt monatlich
CHF

entspricht im Jahr
CHF

Zahlungsweise:
☐ jährlich

Datum

Unterschrift*

KEINE EINMALIGE ZAHLUNG

Durch meine Unterschrift werde ich – bis auf jederzeit möglichen Widerruf – Mitglied. **Auch habe ich die rechtlichen Hinweise zu LSV+/CH-DD-Lastschrift gelesen und bin damit einverstanden.** Für Rückfragen zu dieser Mitgliedschaft kann man mich gerne telefonisch oder per E-Mail erreichen.

*Unterschrift des Vollmachtgebers oder Bevollmächtigten auf dem Postkonto/Bankkonto.

Wird von der Bank ausgefüllt! BC-Nr. IBAN

Datum

Stempel und Visum der Bank

Stand: 12.2020