



## Belastungsermächtigung Postkonto (DD) / Bankkonto (LSV)

### Zahlungsempfänger

SVA St.Gallen  
Brauerstrasse 54  
9016 St.Gallen

Kunden-Nr. 121499  
LSV-Identifikation SOZ1W

### Zahlungspflichtige/r

Name, Vorname oder Firma	Abrechnungs-Nr.
_____	_____
Adresse	PLZ, Ort
_____	_____

### Belastungsermächtigung (Wichtig: Füllen Sie nur eine Belastungsermächtigung Gelbes Konto oder Bank aus)

Belastungsermächtigung Gelbes Konto

Mit meiner Unterschrift ermächtige ich die SVA St.Gallen bis auf Widerruf, die fälligen Beträge meinem Gelben Konto gebührenfrei zu belasten. Ich erhalte für jede Abbuchung von meinem Gelben Konto eine Lastschriftanzeige - monatlich oder ereignisorientiert - von der PostFinance. Dabei behalte ich das Recht, ausgeführte Belastungen innerhalb von 30 Tagen ab Versand des Kontodokuments schriftlich bei meinem Operations-Center zu widerrufen.

Nummer Gelbes Konto  
\_\_\_\_\_

Datum	Unterschrift
_____	_____

Belastungsermächtigung Bank

Mit meiner Unterschrift ermächtige ich meine Bank bis auf Widerruf, die ihr vom obigen 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 zurückvergütet, falls ich innerhalb von 30 Tagen nach Avisierung bei meiner Bank in verbindlicher Form Widerspruch einlege.

Bankname	PLZ, Ort
_____	_____

IBAN-Nr. International Bank Account Number (erkundigen Sie sich allenfalls bei Ihrer Bank)  
\_\_\_\_\_

Datum	Unterschrift
_____	_____

### Ermächtigung der Bank (Diese Felder füllt die Bank aus. Sie sendet uns eine Fotokopie dieser Ermächtigung.)

Bankenclearing-Nr.	IBAN-Nr.
_____	_____

Datum	Unterschrift
_____	_____