



## Zahlungsermächtigung *mit Widerspruchsrecht*

### CH-DD-Basislastschrift (Swiss COR1 Direct Debit) auf das Postkonto der PostFinance AG oder Lastschriftverfahren LSV+ auf das Bankkonto

#### Angaben zum Rechnungssteller/Zahlungsempfänger

GoMo  
Payment Administration/ Direct Debit  
Rue du Caudray 4  
CH-1020 Renens 1

Teilnehmer-Nr. des Rechnungsstellers (RS-PID) : 4110100000678993  
IDENT. LSV: ORC1W

#### Angaben zum Lastschriftzahler (GoMo Kund:in)

Rechnungskonto-Nr.	Firma
Name	Vorname
Strasse, Nr.	PLZ, Ort
GoMo Mobilnummer	E-Mail

#### Bitte beachten Sie:

Sobald Sie mit der monatlichen Rechnung keinen Einzahlungsschein mehr erhalten, erfolgt die Direktbelastung. Bis zu diesem Zeitpunkt zahlen Sie bitte wie gewohnt mit dem Einzahlungsschein.

#### Belastung des Postkontos mit CH-DD-Basislastschrift (Swiss COR1 Direct Debit)

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

#### IBAN (Postkonto)

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 und unterzeichnete Zahlungsermächtigung **an die oben erwähnte Adresse von GoMo** senden.

Name, Vorname	Unterschrift
Name, Vorname	Unterschrift*
Ort, Datum	

\*Bei Firmen ist (sind) die Unterschrift(en) gemäss Handelsregister obligatorisch.

#### Belastung des Bankkontos mit LSV+

Hiermit ermächtige ich meine Bank bis auf Widerruf, die ihr von obigem Zahlungsempfänger vorgelegten Lastschriften meinem Konto zu belasten.

Bankname	PLZ, Ort
IBAN (Bankkonto)	IID (sofern bekannt)

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 das **Originalformular** der vollständig ausgefüllten und unterzeichneten Belastungsermächtigung an **Ihre Bank** senden.

Name, Vorname	Unterschrift
Name, Vorname	Unterschrift*
Ort, Datum	

\*Bei Firmen ist (sind) die Unterschrift(en) gemäss Handelsregister obligatorisch.

#### Berichtigung (bitte leer lassen, wird von der Bank ausgefüllt)

IBAN (Bankkonto)	IID
Datum	Stempel und Visum der Bank