



Belastungsermächtigung

Bitte direkt an Ihre Bank senden! Vielen Dank.

Zahlungsempfänger

KFN Kabelfernsehen Nidwalden AG
Wilgasse 3, Oberdorf
Postfach
6371 Stans

Adresse Kunde

Name _____
Vorname _____
Strasse Nr. _____
PLZ, Ort _____
Telefonnummer: _____

Referenz-Nr. _____

Lastschriftverfahren (LSV+ IDENT. KFN1W)

Bankname _____
PLZ/Ort _____
Kontoinhaber: _____

IBAN-Nr.

Bankclearing-Nr.

Konto-Nr.

Belastungsermächtigung mit Widerspruchsrecht

Ich ermächtige meine Bank bis auf Widerruf, die Rechnungen des obigen Zahlungsempfängers 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. Der belastete Betrag wird mir zurückvergütet, falls ich diese Belastungsanzeige innerhalb von 30 Tagen unterzeichnet an meine Bank zurücksende.

Ort, Datum

Unterschrift

Berichtigung

Leer lassen, wird von der Bank ausgefüllt

BC-Nr. IBAN:

Datum: _____

Stempel und Visum der Bank: _____