

## Belastungsermächtigung Postkonto (CH-DD-Lastschrift) / Bankkonto (LSV)

### Zahlungsempfänger

SVA Schaffhausen  
AHV - Ausgleichskasse  
Oberstadt 9  
8200 Schaffhausen

Identifikation CH-DD: 4110100000596834  
Identifikation LSV: KSOZ1

### Zahlungspflichtige/r

Name, Vorname oder Firma

Abrechnungs-Nr.

Adresse

PLZ, Ort

### Belastungsermächtigung (Wichtig: Füllen Sie bitte nur eine Belastungsermächtigung Postkonto oder Bankkonto aus.)

Belastungsermächtigung Postkonto

Mit meiner Unterschrift ermächtige ich das SVA Schaffhausen bis auf Widerruf, die fälligen Beträge meinem Postkonto gebührenfrei zu belasten. Ich erhalte für jede Abbuchung von meinem Postkonto 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 Operationscenter zu widerrufen.

IBAN Postkonto

Datum

Unterschrift

Belastungsermächtigung Bankkonto

Hiermit ermächtige ich meine Bank bis auf Widerruf, die 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 Bankkonto

Datum

Unterschrift

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

IBAN Bankkonto

Datum

Unterschrift