

# Ja, ich werde regelmässiger FORSCHUNGSPARTNER der Krebsforschung Schweiz.

Zahlungsermächtigung mit Widerspruchsrecht für Bankkonto (LSV+) oder  
Postkonto (CH-DD-Basislastschrift)

Ich engagiere mich mit CHF \_\_\_\_\_

Periode:  monatlich  vierteljährlich  halbjährlich  jährlich  
Erste Zahlung ab:  sofort  Monat/Jahr \_\_\_\_/\_\_\_\_

Der Mindestbeitrag für Forschungspartner/innen ist **100 Franken pro Jahr**.

## Kontoinhaber/in

Frau  Herr  Frau und Herr  Familie

Vorname(n) \_\_\_\_\_ Name(n) \_\_\_\_\_

Strasse/Nr. \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Geburtsdatum (-daten) \_\_\_\_\_

## Belastung meines Bankkontos mit LSV+

Name der Bank \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_

IBAN (Bankkonto): 

|   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| C | H |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Hiermit ermächtige ich meine Bank bis auf Widerruf, die ihr von der Krebsforschung Schweiz 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 Zahlungsermächtigung sowie deren allfällige spätere Aufhebung mit jedem der Bank geeignet erscheinenden Kommunikationsmittel zur Kenntnis zu bringen.

## ODER

## Belastung meines Postkontos mit CH-DD-Basislastschrift

IBAN (Postkonto): 

|   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| C | H |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Hiermit ermächtigt der Kunde PostFinance bis auf Widerruf, die ihr von der Krebsforschung Schweiz 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.

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift(en)\* \_\_\_\_\_

\* Unterschrift des Vollmachtgebers oder Bevollmächtigten auf dem Konto. Bei Kollektivzeichnung sind zwei Unterschriften erforderlich.

## Bitte senden Sie den ausgefüllten Spendenauftrag an:

Krebsforschung Schweiz, Effingerstrasse 40, Postfach, 3001 Bern

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

IBAN (Bankkonto): 

|   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| C | H |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Datum \_\_\_\_\_ Stempel und Visum \_\_\_\_\_