Schweizerische
Multiple Sklerose
Gesellschaft

Spendenauftrag. Zahlungsermächtigung mit Widerspruchsrecht

Multiple Sklerose verändert das Leben eines betroffenen Menschen und seiner Familie radikal. Die entzündliche Erkrankung des Nervensystems ist unheilbar und kann schwere Beeinträchtigungen hervorrufen. **Mit meiner regelmässigen Spende**

ermögliche ich MS-Betroffenen Hilfe bei sozialen, medizinischen, pflegerischen und psychischen Fragen.

helfe ich Menschen mit MS und ihren Familien, besser mit den Auswirkungen der MS umzugehen.

fördere ich Forschungsprojekte zur Verbesserung der Lebensqualität heute und für eine Welt ohne MS morgen.

Mein Beitrag ◯ 30 Franken ◯ 60 Franken ◯ 120 Franken ◯ 240 Franken ◯ _____ Franken *(frei wählen)*

Häufigkeit ◯ monatlich ◯ vierteljährlich ◯ halbjährlich ◯ jährlich

Meine Adresse _____

_____

_____

_____

Zahlungsempfängerin/ Rechnungsstellerin:

Schweiz. MS-Gesellschaft
Josefstrasse 129
Postfach
8031 Zürich

Telefonnummer ..... **E-Mail-Adresse** .....

LSV Ident: SFH1W

◯ **Durch Belastung meines Bankkontos mit LSV**

Hiermit ermächtige ich meine Bank bis auf Widerruf, die fälligen Beträge des oben aufgeführten Zahlungsempfängers direkt meinem Konto zu belasten.

Name der Bank _____ **PLZ/Ort** _____

IBAN C H

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 Aufhebung mit dem der Bank geeignet erscheinenden Kommunikationsmittel zur Kenntnis zu bringen.

Ort und Datum: ..... **Unterschrift:** .....

Nicht ausfüllen *(wird von der Bank ausgefüllt)*

IBAN C H

Datum Stempel und Unterschrift Bank .....

RS-PID-Nr. 41101000001089109

◯ **Durch Belastung meines Postkontos mit CH-DD-Basislastschrift, Swiss COR1 Direct Debit**

Hiermit ermächtige ich PostFinance bis auf Widerruf, die fälligen Beträge des oben aufgeführten Zahlungsempfängers direkt meinem Postkonto zu belasten.

IBAN *(Postkonto)* C H

Ort und Datum: ..... **Unterschrift*:** .....

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

Wenn mein 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 mir von PostFinance in der mit mir vereinbarten Form avisiert. Falls ich innerhalb von 30 Kalendertagen nach Avisierungsdatum bei PostFinance verbindlich Widerspruch einlege, wird mir der Betrag zurückvergütet.

Bitte das ausgefüllte und unterzeichnete Formular in einem Kuvert an die Schweiz. MS-Gesellschaft, Josefstrasse 129, Postfach, 8031 Zürich, senden.

Mit Ihrem Spendenauftrag helfen Sie, Kosten für Administration, Papier und Porto zu sparen. Herzlichen Dank.