

## Autorisation de paiement avec droit de contestation

Prélèvement de base CH-DD-(Swiss COR1 Direct Debit)  
sur le compte postal de PostFinance SA  
ou système de recouvrement direct LSV+ sur le compte bancaire

RS-PID: 41101000001021694

LSV-Ident BLK1W

Croix-Bleue Suisse

Lindenrain 5

3012 Berne

Avec une autorisation de paiement, vous réduisez les frais administratifs pour nous comme pour vous. Vous pouvez la révoquer en tout temps. Veuillez choisir entre un compte postal et un compte bancaire et renvoyer ce formulaire dûment rempli à **Croix-Bleue Suisse, Lindenrain 5, 3012 Berne**. Pour toute question, composez le n° 031 300 58 60 ou envoyez un courriel à [info@blaueskreuz.ch](mailto:info@blaueskreuz.ch).

Ma contribution : \_\_\_\_\_ CHF

Fréquence de paiement :  annuelle  semestrielle  mensuelle

Madame  Monsieur  Famille  Entreprise

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Rue, NPA Lieu : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

### Débit du **compte postal** par prélèvement CH-DD (Swiss Direct Debit)

Par la présente, j'autorise **PostFinance**, jusqu'à révocation, à débiter de mon compte les montants dus en CHF qui lui ont été indiqués par l'émetteur de factures ci-dessus.

IBAN : \_\_\_\_\_

Chaque débit du compte est notifié par PostFinance sous la forme convenue (par ex. avec l'extrait de compte). Le montant débité sera remboursé en cas d'opposition auprès de PostFinance, sous une forme contraignante, dans les 30 jours suivant la date de notification.

Lieu, date : \_\_\_\_\_

Signature(s)\* : \_\_\_\_\_

\* Signature du mandant ou du mandataire sur le compte postal. En cas de signature collective, deux signatures sont nécessaires.

### Débit du **compte bancaire** avec LSV+ Autorisation de débit avec droit de contestation (LSV-Ident BLK1W)

Par la présente, j'autorise ma **banque**, jusqu'à révocation, à débiter de mon compte les montants dus en CHF qui lui ont été indiqués par l'émetteur de factures ci-dessus.

Nom de la banque, NPA Lieu : \_\_\_\_\_

IBAN : \_\_\_\_\_

Si mon compte ne présente pas la couverture nécessaire, ma banque n'a aucune obligation de le débiter. Tout débit de mon compte me sera notifié. Le montant débité me sera remboursé si je fais opposition de manière contraignante auprès de ma banque dans les 30 jours suivant la date de notification. J'autorise ma banque à porter à la connaissance du bénéficiaire le contenu de la présente autorisation de débit ainsi que son éventuelle annulation ultérieure par tout moyen de communication qu'elle jugera approprié.

Lieu, date : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

### Autorisation (ne pas remplir, sera complété par la banque)

IBAN : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ Timbre et visa de la banque : \_\_\_\_\_