

## Autorisation de paiement avec droit de contestation

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

**Oui, je paie ma cotisation annuelle à l'Association Genevoise des Diabétiques - diabète genève.**

**Oui, je fais un don régulier à l'Association Genevoise des Diabétiques - diabète genève**

Mensuel \_\_\_\_\_ CHF    Trimestriel \_\_\_\_\_ CHF    Semestriel \_\_\_\_\_ CHF    Annuel \_\_\_\_\_ CHF

Premier prélèvement dès le \_\_\_\_\_

### Informations sur le bénéficiaire

Association Genevoise des Diabétiques - diabète genève, Av. Cardinal-Mermillod 36, 1227 Carouge

N° d'adhérent de l'émetteur  
de la facture (RS-PID)

41101000000802668

IDENT. LSV AGD1W

### Informations sur le débiteur (client)

Nom

Prénom

Rue, n°

NPA, localité

Téléphone

E-mail

### Débit du compte postal avec prélèvement CH-DD de base (Swiss COR1 Direct Debit)

Par la présente, le client autorise PostFinance jusqu'à révocation à prélever sur son compte les montants dus à l'émetteur de la facture indiqué ci-dessus.

IBAN (compte postal)

Si le compte ne présente pas la solvabilité nécessaire, PostFinance est autorisée à contrôler le solde à plusieurs reprises en vue d'exécuter le paiement, mais n'est pas tenue d'effectuer le débit. Chaque débit du compte est notifié au client par PostFinance sous la forme convenue avec lui (p. ex. via l'extrait de compte). Le montant débité est remboursé au client si, dans les 30 jours qui suivent la date de notification, il transmet à PostFinance une opposition sous forme contraignante.

Veillez envoyer l'autorisation de paiement dûment remplie à l'**adresse** de l'émetteur de la facture **indiquée ci-dessus**.

Lieu, date

Signature(s)\*

\* Signature du mandant ou du mandataire titulaire du compte postal. Deux signatures sont requises en cas de signature collective.

### Débit de mon compte bancaire (LSV+)

Par la présente, j'autorise ma banque, sous réserve de révocation, à débiter de mon compte les recouvrements directs émis par le bénéficiaire ci-dessus.

Nom de la banque

NPA, localité

IBAN (compte bancaire)

Si mon compte ne présente pas la couverture suffisante, il n'existe pour ma banque aucune obligation de débit. Chaque débit sur mon compte me sera avisé. Le montant débité me sera remboursé si je le conteste dans les 30 jours après la date de l'avis auprès de ma banque, en la forme contraignante. J'autorise ma banque à informer le bénéficiaire, en Suisse ou à l'étranger, du contenu de cette autorisation de débit ainsi que de son éventuelle annulation par la suite, et ce par tous les moyens de communication qui lui sembleront appropriés.

Lieu, date

Signature

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

IBAN (compte bancaire)                      IID \_\_\_\_\_

Date

Timbre et visa de la banque

**Veillez renvoyer le formulaire dûment complété et signé à :**

Association Genevoise des Diabétiques - diabète genève, Av. Cardinal-Mermillod 36, 1227 Carouge

Tél. 022 329 17 77 – info@diabete-geneve.ch – www.diabete-geneve.ch