

AHV-Kasse IMOREK  
Wytttenbachstrasse 24  
Postfach  
3000 Bern 22

## LSV-Vereinbarung

### LSV-Ident.: AAM1W

Mit meiner Unterschrift ermächte ich die **AHV-Kasse IMOREK, 3000 Bern 22** bis auf Widerruf, die fälligen Zahlungen direkt meinem Konto zu belasten. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, ist meine Bank nicht verpflichtet, die Belastung vorzunehmen. Ich erhalte für jede Belastung meines Kontos eine Anzeige meiner Bank. Dabei behalte ich das Recht, ausgeführte Belastungen innerhalb von 30 Tagen schriftlich bei der Bank zu widerrufen.

Abrechnungs-Nr. \_\_\_\_\_  
Name/Vorname: \_\_\_\_\_  
Strasse/Nr.: \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_  
Name der Bank: \_\_\_\_\_  
IBAN:  
oder  
Bankkonto-Nr.: \_\_\_\_\_  
Clearing-Nr.: \_\_\_\_\_  
Ort/Datum: \_\_\_\_\_  
Unterschrift: \_\_\_\_\_

### Berichtigung:

*Bitte leer lassen, wird von der Bank ausgefüllt:*

Bankclearing-Nr.

IBAN

Stempel und Visum der Bank:

Datum: \_\_\_\_\_