

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



Indications sur l'émetteur de la facture / bénéficiaire

Salt Mobile SA
Payment Administration/Direct Debit
Rue du Caudray 4
CH-1020 Renens 1
lidl-connect.ch - 0800 700 123

N° d'adhérent de l'émetteur de la facture (RS-PID): 4110100000678993
IDENT. LSV : ORC1W

Informations sur le débiteur (client)

N° de compte	_____	Entreprise	_____
N° de téléphone Lidl Connect	_____	E-mail	_____
Nom	_____	Prénom	_____
Rue, n°	_____	NPA, localité	_____

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 mon 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.

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

Lieu, date	_____		
Nom et prénom	_____	Signature(s)*	_____
Nom et prénom	_____		_____

* Signature du mandant ou du mandataire titulaire du compte postal. Pour les entreprises, 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)	_____	IID (si connu)	_____

Si le 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.

Veuillez envoyer l'autorisation de débit originale dûment remplie à l'adresse de l'émetteur de la facture indiquée ci-dessus.

Lieu, date	_____		
Nom et prénom	_____	Signature(s)*	_____
Nom et prénom	_____		_____

* Signature du mandant ou du mandataire titulaire du compte postal. Pour les entreprises, deux signatures sont requises en cas de signature collective.

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

IBAN (compte bancaire)	_____	IID	_____
Date	_____	Timbre et visa de la banque	_____