

## 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**

N° d'adhérent de l'émetteur de la facture (RS-PID) : 41101000000689954  
IDENT. LSV: ORC2W

#### Informations sur le débiteur (client Salt Fiber)

N° de compte de facturation	Entreprise
Nom	Prénom
Rue, n°	NPA, localité
Numéro Salt Fixe	E-mail

#### Veillez noter ce qui suit:

Le débit direct entre en vigueur à partir du moment où vous ne recevez plus de bulletin de versement avec votre facture mensuelle. Jusqu'à ce moment-là, veuillez vous acquitter de vos factures comme d'ordinaire.

#### 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 présente une couverture insuffisante 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 et signée à l'adresse de Salt indiquée ci-dessus.

Nom, prénom	Signature
Nom, prénom	Signature*
Lieu, date	

\*Pour les entreprises la (les) signature(s) est (sont) obligatoire(s) selon le registre du commerce.

#### 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 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 notifié. 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.

Veillez envoyer l'original de l'autorisation de débit dûment remplie et signée par courrier à votre banque.

Nom, prénom	Signature
Nom, prénom	Signature*
Lieu, date	

\*Pour les entreprises la (les) signature(s) est (sont) obligatoire(s) selon le registre du commerce.

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

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