

# Unterstützung durch Spende

- > Vorname, Name \_\_\_\_\_
- > Straße, Nr. \_\_\_\_\_
- > PLZ, Ort \_\_\_\_\_
- > Telefon \_\_\_\_\_
- > E-Mail \_\_\_\_\_
- > Geburtsdatum \_\_\_\_\_
- > Mein Spendenbetrag \_\_\_\_\_
- > Datum/Unterschrift \_\_\_\_\_

## Einzugsermächtigung

Hospizverein Kronach e. V. | Lucas-Cranach-Straße 10 | 96317 Kronach

VR Bank Oberfranken Mitte eG. | IBAN DE96 7719 0000 0000 3001 44

Gläubiger-Identifikationsnummer DE 43 ZZZ 00000 831746 | Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt

- Einmalige Zahlung     Wiederkehrende Zahlung monatlich  
 Spendenbescheinigung erwünscht

Hiermit ermächtige ich den Hospizverein Kronach e. V. , Zahlungen von meinem Konto mittels SEPA-Lastschriftmandat einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Hospizverein Kronach e. V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

**Hinweis:** Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

**Hinweis:** Meine Rechte zu dem obigen Mandat sind in einem Merkblatt enthalten, das ich von meinem Kreditinstitut erhalten habe.

- > Kreditinstitut \_\_\_\_\_
- > IBAN DE \_\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|
- > Datum, Unterschrift \_\_\_\_\_