HOSPIZVEREIN KRONACH e.V.

Unterstützung durch Spende

> Vorname, Name _____

> Straße, Nr. _____

> PLZ, Ort _____

> Telefon _____

> E-Mail _____

> Mein Spendenbetrag _____

> Datum/Unterschrift _____

Einzugsermächtigung

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

Raiffeisen-Volksbank Kronach-Ludwigsstadt | IBAN DE 96 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

DE _ _|_ _ _ _|_ _ _ _|_ _ _ _|_ _ _ _|_ _

> IBAN

_____

> Datum, Unterschrift