SEPA Lastschriftmandat

Ambulantes Hospiz e.V.
Elberfelder Str. 41, 42853 Remscheid

Gläubiger ID: **DE23 ZZZ0 0000 2846 38**

Mandatsreferenz: WIRD SEPARAT MITGETEILT

Ich möchte die Hospizarbeit des Ambulanten Hospizes Remscheid e.V. unterstützen und spende

Spendenbetrag _____ **EUR**

Ich ermächtige das Ambulante Hospiz Remscheid e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Ambulanten Hospiz Remscheid 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. Die Mandatsreferenz wird mir nach Erteilung dieses SEPA-Lastschriftmandats mitgeteilt.

Spendenrhythmus:

○ Einmalig ○ Vierteljährlich ○ Halbjährlich ○ Jährlich

Kontoinhaber:_____

Name Kreditinstitut: _____ BIC: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Kontonummer/IBAN: : D E _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _

Ich wünsche eine abzugsfähige Spendenbescheinigung zum Jahresanfang. ○ Ja ○ nein

Meine Adresse ist: _____
Straße PLZ Ort

_____
Ort / Datum Unterschrift