

SEPA-Lastschrift-Spendenformular

Organisation:

[Name der Organisation]

Adresse: [Adresse der Organisation]

E-Mail: [E-Mail für Rückfragen]

Telefon: [Telefonnummer]

1. Ihre Spende

Ich möchte folgende monatliche Spende leisten:

☐ 10 EUR ☐ 25 EUR ☐ 50 EUR ☐ ____ EUR (individueller Betrag)

2. Ihre persönlichen Daten

Vor- und Nachname: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

E-Mail: _____

Telefon (optional): _____

3. Ihre Bankverbindung (IBAN & BIC)

IBAN: _____

BIC: _____

Kontoinhaber: _____

4. SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige [Name der Organisation], Zahlungen von meinem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Gleichzeitig weise ich mein Kreditinstitut an, die von [Name der Organisation] auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Ich kann innerhalb von 8 Wochen ab dem Abbuchungsdatum eine Erstattung verlangen. Es gelten die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

☐ Ich akzeptiere die Bedingungen und bestätige meine Spende.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Hinweis:

Sie erhalten vor der ersten Abbuchung eine Bestätigung per E-Mail oder Post.

Fragen? Kontaktieren Sie uns unter [E-Mail/Telefon].

Danke für Ihre Unterstützung!