

Deutsche Arthrose-Hilfe e.V.

SEPA-Lastschrift-Mandat

An
Deutsche Arthrose-Hilfe e.V.
Postfach 11 05 51
60040 Frankfurt/Main

Bitte ausdrucken, ausfüllen,
per **Post** oder
gern per **Fax** senden an:

06831 - 94 66 78

Ja, ich möchte die Arbeit der Deutschen Arthrose-Hilfe e.V. fördern:

Absender **DAH-Nr.:** (wenn bekannt) _____
Anrede, Titel: _____
Name: _____
Vorname: _____
Straße, Nr.: _____
PLZ, Ort: _____
Telefon, Fax: _____
E-Mail: _____

Ich ermächtige die Deutsche Arthrose-Hilfe e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Deutschen Arthrose-Hilfe e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Bitte buchen Sie einmalig vierteljährlich
 monatlich halbjährlich
 jährlich

folgenden Betrag von meiner Bankverbindung ab:

Betrag: €

Konto-Inhaber: _____ (nur wenn abweichend von obigem Namen)

IBAN: DE ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___

Kreditinstitut: _____

BIC: _____ / _____

Stichwort: Spende
 oder Anlass-Spende, z. B. Trauerfall, Jubiläum ... bitte angeben: _____

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. Das Lastschriftmandat kann jederzeit widerrufen werden. Ich stimme der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten zu und habe auch die Datenschutzerklärung auf der Webseite zur Kenntnis genommen.

Hinweise: Unsere Abbuchungen erfolgen jeweils zum 1. eines Monats. Durch die Einhaltung der bei SEPA-Einzügen vorgegebenen Fristen kann sich die Erstabbuchung, je nach Eingang Ihres Mandats, um längstens 4 Wochen verzögern. Wir bitten hierfür um Ihr Verständnis. Des Weiteren ist Ihre Unterstützung steuerlich in vollem Umfang absetzbar. Sie erhalten jeweils im Januar des Folgejahres automatisch eine Jahresspendenbescheinigung.

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung.

Ort, Datum

Unterschrift