



Antrag Fördernde Mitgliedschaft

mit Erteilung Einzugsermächtigung und SEPA-Lastschriftmandat

Hiermit beantrage ich die Fördernde Mitgliedschaft beim Förderverein Saint Clare Hospital Mwanza e. V., erteile dem Förderverein die folgende Einzugsermächtigung sowie das zugehörige SEPA-Lastschriftmandat und stimme der Verwendung der genannten persönlichen Daten zu (die Pflichtfelder sind mit * gekennzeichnet).

Angaben zum Fördernden Mitglied / Zahlungspflichtigen

Name*		Vorname*	
Straße / Nummer*			
Postleitzahl*		Ort*	
EMail-Adresse			
Telefon			
Name Bank*			
IBAN*	DE		
Folgende Spende darf bis zum Widerruf regelmäßig wiederkehrend eingezogen werden - bitte den Betrag einsetzen:		€	
Der genannte Spendenbetrag darf monatlich oder einmal jährlich eingezogen werden – bitte die entsprechende Auswahl ankreuzen:		monatlich	jährlich
Bis zu einem Betrag von jährlich 300 € gelten die Kontoauszüge oder der Einzahlungsbeleg als Nachweis. Ich möchte trotzdem eine Zuwendungsbescheinigung erhalten – bitte ggf. rechts ankreuzen:			
Ich ermächtige den Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die auf mein Bankkonto gezogenen Lastschriften wiederkehrend einzulösen.			
Mit diesem Antrag stimme ich der Verwendung der genannten persönlichen Daten für die Zwecke des Vereines zu. Weiterführende Informationen erhalte ich auf der Website www.foerderverein-saint-clare-hospital.de .			
Ort, Datum*		Unterschrift*	

Angaben zum Zahlungsempfänger und zum weiteren Vorgehen

Förderverein Saint Clare Hospital Mwanza e. V.
Burgstall 2
83512 Wasserburg
SEPA-Gläubiger-ID **DE12ZZZ00002821386**

Bitte den unterzeichneten Antrag im Original an die links genannte Postadresse oder gescannt an folgende EMail-Adresse senden – eine Rückmeldung folgt:
info@foerderverein-saint-clare-hospital.de