

Spenden

mittels Lastschriftverfahren



Ja, ich möchte die Schwesternschaft St. Elisabeth e.V. bei ihren Aufgaben, insbesondere bei der Förderung der schulischen und sozialen Entwicklung von Kindern, unterstützen.

Ich möchte gerne helfen, mit einem

einmaligen

monatlichen

halbjährlichen

jährlichen

Betrag von _____ EUR

Nachname, Vorname _____

Straße, Hausnr. _____

PLZ, Wohnort _____

E-Mail _____

Ich ermächtige die Schwesternschaft St. Elisabeth e.V. die Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Schwesternschaft St. Elisabeth 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.

Name der Bank _____

IBAN _____

BIC _____

Ort und Datum _____

Unterschrift _____