

Spendenformular

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE12AGB00000236530

Mandatsreferenz _____ (wird von AG Gestose-Betroffene e.V. vergeben)

Ich/Wir ermächtige(n) Sie **EINMALIG EINE ZAHLUNG** von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der **Arbeitsgemeinschaft Gestose-Betroffene e.V.** auf mein/unser Konto **gezogenen Lastschriften** einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belastenden Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Betrag: _____ **Auftragsdatum:** _____

Kontoinhaber:

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ PLZ / Ort _____

Tel.-Nr.: _____ E-mail: _____

IBAN _____

BIC _____ Kreditinstitut: _____

Datum, Ort: _____ Unterschrift: _____

Spendenquittung:

Bei Beträgen über € 100 senden wir automatisch eine Spendenbescheinigung. Auf Wunsch erstellen wir auch Bescheinigungen für kleinere Beträge, bitte auf dem Formular vermerken.

o per Post/Fax senden an:

Arbeitsgemeinschaft Gestose-Betroffene e.V.
Gelderner Str. 39, 47661 Issum
Fax: +49 (0)2835 - 2945