

Abbuchungsauftrag

Spendenbetrag: Euro

Rhythmus jährlich:

Kontonummer:

Bank:

Bankleitzahl:

Name und Anschrift des Zahlungspflichtigen:

Titel:

Vorname:

Name:

Adresse:

Postleitzahl:

Ort:

Einzugsermächtigung:

Ich stimme folgendem Lastschriftverfahren zu:

Hiermit ermächtige ich den Verein „AfreakMED“ widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen (Spenden) bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos mittels Lastschrift einzuziehen. Damit ist auch meine kontoführende Bank ermächtigt, die Lastschrift einzulösen, wobei für diese keine Verpflichtung zur Einlösung besteht, insbesondere dann, wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist. Ich habe das Recht, innerhalb von 42 Kalendertagen ab Abbuchungstag ohne Angabe von Gründen die Rückbuchung bei meiner Bank zu veranlassen.

Datum / Unterschrift
Bei Minderjährigen ist die Unterschrift eines
Erziehungsberechtigten erforderlich.

Bankverbindung:

Sparkasse Frankenmarkt
Blz: 20306 | Kto.Nr.: 00000-028084
IBAN: AT062030600000028084 | BIC: SPFRAT21

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten für interne Zwecke des Vereins verwendet
und elektronisch gespeichert werden.

