

Förderverein MUKOVISZIDOSE-ZENTRUM Köln e.V.

Bitte faxen an 0221- 4783330 oder per Post an

Förderverein
Mukoviszidose-Zentrum Köln e.V.
Vorsitzende: Bettina Paffenholz
Kerpener Straße 62
50924 Köln

Ermächtigung zum Einzug von Förderbeiträgen durch:

Name des Kontoinhabers: _____

Anschrift: _____

E-Mail Adresse : _____ @ _____

Förderverein Mukoviszidose-Zentrum Köln e.V. (Zahlungsempfänger)

Hiermit ermächtige(n) ich/wir* Sie widerruflich, die von mir/uns* zu entrichtenden Zahlungen wegen

> Förderbeitrag in Höhe von _____ Euro (ab 15 Euro jährlich)

> Patenschaft in Höhe von _____ Euro (ab 200 Euro jährlich - eine Patenschaft beinhaltet automatisch den Förderbeitrag)

für den o.g. Förderverein bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres* Kontos mit der Nummer

IBAN: _____

BIC: _____

Kontoführendes Institut: _____

einziehen. Wenn mein/unser* Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Institutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

Ort, Datum

Unterschrift(en)

* Nichtzutreffendes bitte streichen