

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:

eMailadresse :

@

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:

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

Datenschutz Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Angaben nach den gesetzlichen Bestimmungen der DSGVO verarbeitet werden. Meine Daten dürfen ausschließlich für die Mitglieder- und Beitragsverwaltung sowie vereinsinterne Mitteilungen verwendet werden.

Ort, Datum

Unterschrift(en)

* Nichtzutreffendes bitte streichen