

PATENSCHAFT

Füllen Sie das Formular aus und schicken Sie es per Post oder Fax an uns zurück

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ-Ort: _____

Mobil: _____

Email: _____

Ich möchte die Patenschaft für ein Kind mehrere _____ Kinder in Bosnien und Herzegowina übernehmen. Ich spende monatlich ein Betrag von :

30,- € 40,- € 50,- € _____,- € pro Kind.

ab dem _____

(Steuerlich absetzbare Spendenquittungen werden ab einem Betrag von 200,- EUR automatisch zu Beginn des darauffolgenden Jahres ausgestellt.)

Sepa-Lastschriftmandat

Ich ermächtige Merhamet Deutschland e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Merhamet Deutschland 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

Kontoinhaber _____

Kreditinstitut _____

BIC / BLZ: _____

IBAN / Kontonr.: _____

(Ort)

(Datum)

(Unterschrift)