

Förderverein MUKOVISZIDOSE-Zentrum Köln e.V.

Bitte faxen an 0221 – 478 33 30 oder per Post an:



Förderverein
Mukoviszidose-Zentrum Köln e.V.
Vorsitzender : Dr. Peter Tinschmann
Kerpener Straße 62
50924 Köln

Ermächtigung zu Einzug von Forderungen durch Lastschrift

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

- Mitgliedschaft in Höhe von _____ Euro (mindestens 15 Euro jährlich)
- Patenschaft in Höhe von _____ Euro (mindestens 200 Euro jährlich - eine Patenschaft beinhaltet automatisch die Mitgliedschaft)

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

Kontonummer _____ Bankleitzahl _____

genaue Bezeichnung des kontoführenden Institutes

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