Statt Geschenke zu machen, möchten ich/wir etwas Spenden, um damit anderen Menschen auf der Welt etwas mehr Lebensfreude zu geben.

Spendenbetrag: ☐ 50 Euro ☐ 75 Euro ☐ 100 Euro ☐ anderer Betrag: _____

☐ einmalig ☐ monatlich ☐ jährlich

☐ Spendenquittung erwünscht

SEPA-Lastschriftmandat
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE24ZZZ00002443937

Ich ermächtige den „Kirua Kinderhospital Hilfe e.V.“, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom „Kirua Kinderhospital Hilfe 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.

_____
Vorname und Name (Kontoinhaber)

_____
Straße und Hausnummer

_____
Postleitzahl und Ort

_____ _ _ _ _ _ _ _ | _ _ _
Kreditinstitut (Name und BIC)

_ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _
IBAN

_____
Datum, Ort und Unterschrift

Mit meiner Unterschrift willige darin ein, dass die von mir/uns angegebenen personenbezogenen Daten sowie angegebene Bankverbindungsdaten zur Abwicklung meiner/unserer Spende gespeichert und verarbeitet werden dürfen.