



Haben Sie Interesse, unser Anliegen zu unterstützen?

Hiermit erkläre ich mich bereit der Stiftung „Dr. Georg Haar“ eine
 einmalige / regelmäßige Spende zur Verfügung zu stellen.

EINZUGSERMÄCHTIGUNG

Name, Vorname: _____
Firma: _____
Straße: _____
PLZ/Ort: _____
Telefon: _____
Fax: _____
E-Mail: _____

(Bitte ankreuzen!)

- Ich bin bereit eine jährliche monatliche Spende in Höhe von € _____ zu leisten.
- Ich spende bereits und möchte den Betrag meiner jährl./monatl. Spende ändern auf € _____ .
- Ich leiste meinen Beitrag durch Überweisung/Dauerauftrag auf das Spendenkonto:
Commerzbank Weimar - IBAN: DE24 8204 0000 0452 2223 06 - BIC: COBADEFFXXX
- SEPA-Lastschriftmandat**
Ich bin damit einverstanden, dass die monatliche jährliche Spende jeweils am 15. d. Monats bzw. jährlich am von folgendem Konto per SEPA-Lastschrift abgebucht wird:

Kontoinhaber: _____
IBAN: _____
BIC: _____
Geldinstitut: _____

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 18 ZZZ 00000 39 32 01

Mandatsnummer:

Ich ermächtige die Stiftung „Dr. Georg Haar“, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Stiftung „Dr. Georg Haar“ auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Sie erhalten von uns automatisch eine Spendenbescheinigung über den gezahlten Spendenbeitrag.

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte senden Sie das vollständig ausgefüllte Formular an die: Stiftung „Dr. Georg Haar“, Dichterweg 2a in 99425 Weimar