

Wir freuen uns, dass Sie die Diakonie Himmelsthür dauerhaft unterstützen möchten. Bitte füllen Sie hierzu dieses Formular aus und senden Sie es unterschrieben an die angegebene Adresse zurück. Vielen Dank!

Diakonie Himmelsthür
Michaela Grafen
Stadtweg 100
31139 Hildesheim

DE82ZZZ00000109558

Diakonie Himmelsthür e.V. / Gläubiger-Identifikationsnr.

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen)

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Nachname, Vorname (Kontoinhaberin/Kontoinhaber)

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Ich ermächtige den Diakonie Himmelsthür e.V. widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

10,- € 25,- € 50,- € _____,- €
 monatlich vierteljährl. halbjährl. _____

ab dem Datum: _____._____.20____

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Diakonie Himmelsthür 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.

Kreditinstitut: _____

IBAN: DE ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___

Datum und Unterschrift der Kontoinhaberin/des Kontoinhabers