AIDS Hilfe Krefeld e.V.
Beratung, Begleitung, Prävention

AIDS-Hilfe Krefeld e. V. • Postfach 10 01 08 • 47701 Krefeld

Antwortschreiben/-fax:

☐ Ja, ich/wir

…… …… ……

Name, Vorname Straße, Hausnummer PLZ, Ort

übernehme/n gerne die Patenschaft für _____ Quadratmeter Bürofläche in den Räumen der AIDS-Hilfe Krefeld e.V. á 5,00 EUR pro Monat.

..... ……

Ort, Datum Unterschrift

Ich/Wir zahle/n Gesamtbetrag = Quadratm. x 5 EUR = ……..EUR ==========	☐ per Überweisung/Dauerauftrag auf das Konto Sparkasse Krefeld IBAN: DE02 3205 0000 0065 0224 10 BIC: SPKRDE33	☐ per Einzugsermächtigung

----------✂----------

AIDS-Hilfe Krefeld e. V. • Rheinstr. 2-4 • 47799 Krefeld
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE33ZZZ00000171162

SEPA - Lastschriftmandat

Ich ermächtige die AIDS-Hilfe Krefeld e. V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der AIDS-Hilfe Krefeld 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.

……
Vor- und Nachname (Kontoinhaber)

……
Straße und Hausnummer

……
Postleitzahl und Wohnort

IBAN:
DE _

BIC – 8 oder 11 Stellen

_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

……
Ort und Datum

……
Unterschrift