



Bitte ausfüllen und per Post schicken

Oder per Fax versenden

FAX: (49) 6221 / 56 4877

An die
Heidelberger Stiftung Chirurgie
Im Neuenheimer Feld 110
69120 Heidelberg

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Heidelberger Stiftung Chirurgie, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Heidelberger Stiftung Chirurgie 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.

Absender (bitte in Druckbuchstaben)

Herr Frau Familie Firma

Titel, Vorname, Name: _____

Firma: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ **Fax:** _____

Mobil: _____ **E-Mail:** _____

Bitte buchen Sie folgenden Betrag von meiner / unserer Bankverbindung ab:

einmalig monatlich vierteljährlich halbjährlich jährlich

Betrag: _____

Konto-Inhaber: _____

Meine IBAN: DE _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _

Bank: _____

Ich/wir bitte (n) um Verwendung meiner / unserer Spende für: _____

Ort, Datum: _____ **Unterschrift:** _____