Förderverein Palliativnetz SAPV Köln e.V.
Frankfurter Str. 310
51103 Köln
Tel: 0221 - 9999 25 25
Email: foerderverein@palliativteam-koeln.de
Website: www.foerderverein-sapv-koeln.de

Spendenkonto: Ethik Bank Eisenberg | **IBAN: DE29 8309 4495 0003 2795 37** | BIC: GENO DE F1 ETK

Mitgliedsantrag/Spenden

Ich möchte den **Förderverein Palliativnetz SAPV Köln e.V.** unterstützen:

NAME, VORNAME:

_____

ANSCHRIFT (Str., Hausnr., PLZ, Stadt):

_____

Telefon/Mobiltelefon; Fax; Email:

_____

( ) Durch meine Förder-Mitgliedschaft
- ( ) Klein 10,- Euro/Jahr
- ( ) Mittel 40,- Euro/Jahr
- ( ) Groß 100,- Euro/Jahr

TEILNAHME AM LASTSCHRIFTVERFAHREN:
( ) Hiermit nehme ich für meine Förder-Mitgliedschaft am SEPA-Lastschriftverfahren teil.
Der Betrag für das laufende Jahr wird jeweils zum 31.01. von meinem Konto eingezogen.
(Bitte beiliegendes SEPA-Lastschriftmandat ausfüllen)

JÄHRLICHE ÜBERWEISUNG:
( ) Hiermit erkläre ich mich einverstanden, den jährlichen Betrag für meine Förder-Mitgliedschaft unaufgefordert zum 31.01. des laufenden Jahres auf das angegebene Konto zu überweisen.

( ) Durch meine einmalige Spende in Höhe von _____ Euro
(Ich überweise den Betrag auf das angegebene Konto)

( ) Ich bitte um eine entsprechende Spendenbescheinigung.

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Vereinssatzung an.

Der Förderverein ist vom Finanzamt Köln Ost unter der Steuernummer 218/5755/1100 als gemeinnützig anerkannt und zur Erteilung von Spendenquittungen berechtigt.

_____ _____
(Ort und Datum) (Unterschrift)

SEPA-Lastschriftmandat (SEPA Direct Debit Mandate)
für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/SEPA Core Direct Debit Scheme

Wiederkehrende Zahlungen/Recurrent Payments

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Förderverein Palliativnetz SAPV Köln rrh. e. V.

Frankfurter Str. 310

51103 Köln

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)	Mandatsreferenz
DE07ZZZ00002041693	

SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n)

[Name des Zahlungsempfängers] ,

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

[Name des Zahlungsempfängers]

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)	
Kreditinstitut	
BIC[1]	IBAN DE

Ort, Datum	Unterschrift

1 Hinweis: Ab 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.

SEPA-Lastschriftmandat (SEPA Direct Debit Mandate)

für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/SEPA Core Direct Debit Scheme

Wiederkehrende Zahlungen/Recurrent Payments

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Förderverein Palliativnetz SAPV Köln rrh. e. V.

Frankfurter Str. 310

51103 Köln

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)	Mandatsreferenz
DE07ZZZ00002041693	

SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n)

[Name des Zahlungsempfängers] ,

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

[Name des Zahlungsempfängers]

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)	
Kreditinstitut	
BIC[1]	IBAN DE

Ort, Datum	Unterschrift

1 Hinweis: Ab 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.

Ausfertigung für den Zahlungspflichtigen