TAFEL SCHWANDORF

Postanschrift:
Tafel Schwandorf
Ettmannsdorfer Straße 19-21
92421 Schwandorf

Kontakt:
Telefon: 09431 / 75 88 942
E-Mail: info@caritas-schwandorf
Internet: www.caritas-schwandorf.de

ZEICHNUNG EINER LADEN-PATENSCHAFT

Hiermit übernehme ich eine Patenschaft für die

- ❑ **Ausgabestelle Schwandorf,**
  Spitalstr.2, 92421 Schwandorf
- ❑ **Ausgabestelle im Städtedreieck,**
  Ockerstr.4, 93142 Maxhütte-Haidhof

der Tafel Schwandorf und verpflichte mich für das Kalenderjahr_____einen finanziellen Beitrag (Spende) zur Unterstützung und Aufrechterhaltung des Tafelbetriebs zu leisten.

_____
Vorname und Name

_____
Straße und Hausnummer

_____
Postleitzahl und Ort

_____
Freiwillige Angaben: Telefon-Nr.

_____
E-Mail

Mein Vor- und Nachname wird, sofern ich nichts Gegenteiliges wünsche, auf der Ladenpatentafel und im Internet veröffentlicht.

_____
ggf. Firmenname anstelle des Namens:

❑ Ich möchte nicht namentlich erwähnt werden

Mein finanzieller Beitrag (Spende)

monatlich ❑ 10,--€ oder ❑ ___ €

Einmalbeitrag (pro Jahr) ❑ 120,--€ oder ❑ ___ €
❑ Lastschrifteinzug ❑ Dauerauftrag

Die Tafelpatenschaft wird für ein Jahr übernommen und kann verlängert werden. Die Abbuchung per Lastschrifteinzug erfolgt monatlich ab Beginn der Patenschaft oder bei Einmal- beitrag zum 30. 09. des Kalenderjahres.
Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten für interne Zwecke gespeichert werden.

SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Ausgabestelle Schwandorf:
Gläubiger ID: DE74ZZZ00000323781
Mandatsreferenz wird gesondert bekanntgegeben

Ausgabestelle Städtedreieck:
Gläubiger ID: DE76ZZZ00000567894
Mandatsreferenz wird gesondert bekanntgegeben

Ich ermächtige den Kreis-Caritasverband Schwandorf e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Kreis-Caritasverband Schwandorf auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.
Hinweis: Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des be- lasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

_____
Vorname und Name (Kontoinhaber)

_____
Straße und Hausnummer

_____
Postleitzahl und Ort

IBAN DE __ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _____ | _ _

BIC _ _ _ _ _ _ _ _ | _ _ _

Ort_____

Datum_____

Unterschrift _____