



# Ja, ich werde Dauerspender

## Persönliche Angaben

Name	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße	Telefon
<input type="text"/>	<input type="text"/>
PLZ/Ort	E-Mail
<input type="text"/>	<input type="text"/>

## Ich unterstütze die EKkk e.V. mit einer Dauerspender von:

Spendenbetrag  5 €  10 €  25 €    Anderer Betrag \_\_\_\_\_

Zahlungsweise  monatlich  vierteljährlich  halbjährlich  jährlich    ab \_\_\_\_\_

## Einzugsermächtigung

Ich ermächtige die Elterninitiative krebskranker Kinder Sankt Augustin e. V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Elterninitiative krebskranker Kinder Sankt Augustin e. V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Kontoinhaber	IBAN
<input type="text"/>	<input type="text"/>
BI Bank C	BIC
<input type="text"/>	<input type="text"/>
_____ Ort, Datum	_____ Unterschrift

**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. Meine regelmäßige Hilfe kann ich jederzeit beenden.

Bitte schicken Sie den unterschriebenen Antrag an die folgende Adresse zurück.

Elterninitiative krebskranker Kinder St. Augustin e.V.  
Manuela Melz (Vorsitzende)  
Arnold-Janssen-Str. 29

53757 Sankt Augustin

Vielen  Dank!

# Vielen Dank für Ihre Hilfe!