

Einzugsermächtigung

Absender:

Name / Vorname _____

Straße / Hausnummer _____

PLZ / Wohnort _____

Hiermit ermächtige ich die Deutsche AIDS-Stiftung bis auf Widerruf, meine Spendenbeiträge/meinen Spendenbeitrag von meinem Konto durch Lastschrift einzuziehen:

Ich zahle: _____ EURO

monatlich / vierteljährlich / halbjährlich / jährlich / einmalig

ab Monat _____

jeweils zum 15. des Monats

Kontonummer _____

Bankinstitut _____

Bankleitzahl (BLZ) _____

Wenn das Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht keine Verpflichtung des Geldinstituts, die Lastschrift auszuführen.

Datum

Unterschrift

Sie können Ihre Einzugsermächtigung jederzeit widerrufen. Die Deutsche AIDS-Stiftung stellt Ihnen jährlich eine Spendenbescheinigung über den Gesamtbetrag aus.

Die Bescheinigung wird Ihnen jeweils zum Anfang des Folgejahres zugesandt.
.....

Ausfüllen und abschicken an:

Deutsche AIDS-Stiftung
Markt 26
53111 Bonn

FAX: 02 28 / 6 04 69 99
Telefon: 02 28 / 60 46 90