

Förderverein Kreisklinik Wolfhagen e.V. (FKk - WOH)

Für bürgernahe Gesundheitsversorgung



Förderverein Kreisklinik Wolfhagen e.V.

Bründerser Straße 3
34466 Wolfhagen - Isth



E-Mail : kontakt@fkk-woh.de

Homepage: <https://www.fkk-woh.de>

Facebook: www.facebook.com/fkk.wolfhagen/

SEPA MANDAT

Hiermit ermächtige(n) ich/wir den Förderverein Kreisklinik Wolfhagen (FKk-Woh) e.V., eine freiwillige Spende zu Lasten des unten angeführten Kontos abzubuchen.

Die Spende in Höhe von

darf ab dem einmalig jährlich vierteljährlich monatlich eingezogen werden.

SEPA-Lastschriftmandat / SEPA Direct Debit Mandate

DE28FKK00001849158 VR 5257

Förderverein Kreisklinik Wolfhagen (FKk-Woh) e.V.
Bründerser Straße 3
34466 Wolfhagen Deutschland

(Mitgliedsnummer) wird vom Verein ergänzt

Eindeutigkeitsreferenz / unique mandate reference

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber): Vorname und Nachname / debtor name

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber): PLZ, Ort und Land / debtor postal code, city and country

DE

IBAN* des Zahlungspflichtigen / debtor IBAN

BIC* des Zahlungspflichtigen / debtor SWIFT BIC

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) den Zahlungsempfänger Förderverein Kreisklinik Wolfhagen (FKk-Woh) e.V., Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von Förderverein Kreisklinik Wolfhagen (FKk-Woh) e.V. auf mein (unserem) Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

By signing this mandate form, I (we) authorise the creditor Förderverein Kreisklinik Wolfhagen (FKk-Woh) e.V. to send instructions to my (our) bank to debit my (our) account and my (our) bank to debit my (our) account in accordance with the instructions from the creditor Förderverein Kreisklinik Wolfhagen (FKk-Woh) e.V.. Note: I can (we can), within eight weeks, starting with the date of the debit request, demand a refund of the amount charged. The terms and conditions agreed upon with my (our) financial institution apply.

Datum

Ort

Unterschrift

Vorsitzende:

Dieter Schrader Wolfgang Hanske Klaudia Kälber

VEREINSREGISTER 5257

kontakt@fkk-woh.de / vorstand@fkk-woh.de / www.fkk-woh.de / www.facebook.com/fkk.wolfhagen/