

Herzlich gern.



Caritasverband Region
Mönchengladbach e. V.
Postfach 100935
41009 Mönchengladbach

Geschäftsstelle
Albertusstraße 36
41061 Mönchengladbach
Internet www.caritas-mg.de

Ansprechpartnerin: Frau Krawietz
Telefon (02161) 8102-12
Fax (02161) 8102-52
E-Mail: Krawietz@caritas-mg.de

Spendenerklärung

Ja, ich spende

einmalig monatlich ¼-jährlich ½-jährlich jährlich

einen Betrag in Höhe von

5 € 10 € 25 € 50 € 100 €

für den Bereich

Kinder und Jugend Familien Menschen mit Behinderung
 Alter und Pflege Palliativ-Pflege

Name, Vorname

Kontoinhaber

Straße, Hausnummer

Kreditinstitut

PLZ, Ort

IBAN

Telefon (optional)

BIC

E-Mail (optional)

Datum, Unterschrift

Lastschrifttermächtigung:

Ich weise mein Kreditinstitut an, die von der Caritas auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Die Lastschrifttermächtigung ist jederzeit kündbar. Ich bin berechtigt, binnen acht Wochen die Erstattung des belasteten Betrages zu verlangen.

(Eine Lastschrifttermächtigung ist die kostengünstigste Variante, um Ihre Spende unbürokratisch und schnell vor Ort einsetzen zu können.)

Ich wünsche eine Zuwendungsbestätigung ja nein

Bankkonto: Stadtparkasse Mönchengladbach **Gläubiger-ID:** DE4800100000458594
IBAN: DE49 3105 0000 0000 1313 42 **BIC:** MGLSDE33XXX
Steuernummer: 121 / 5781 / 4676

Herzlich gern.



SEPA-Basis-Lastschriftmandat

[Name / Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)] Caritasverband Region Mönchengladbach e. V. Albertusstraße 36 41061 Mönchengladbach	[Zahlungsart:] <input type="checkbox"/> Einmalige Zahlung <input type="checkbox"/> Wiederkehrende Zahlung
--	---

[Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)] DE4800100000458594	[Mandatsreferenz] wird noch mitgeteilt
---	--

SEPA-Basis-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 /Zahlungspflichtiger (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort, Land)

Kreditinstitut

BIC ¹	IBAN
------------------	------

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

Ort, Datum	Unterschrift (Zahlungspflichtiger)
------------	------------------------------------

Ausfertigung für den Zahlungspflichtigen