AKTION gegen Herzflimmern e.V.

Patenschaft

Hiermit übernehme ich die Patenschaft für …. .AED des Vereins „Aktion gegen Herzflimmern“ e. V.

Name / Vorname: _____

Firma: _____

Geb. Datum: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Ich möchte Pate werden und verpflichte mich hiermit den Jahresbeitrag für die Patenschaft zu entrichten. Der Patenschaftsbeitrag ist in voller Höhe während eines laufenden Geschäftsjahres zu entrichten. Das Geschäftsjahr des Vereines ist das Kalenderjahr.

Der Patenschaftsbeitrag beträgt mindestens 120,00 € je Gerät.

Patenschaftsbeitrag in Höhe von _____ Euro.

_____

Ort, Datum Unterschrift (bei Minderjährigen die Erziehungsberechtigten)

❑ den Patenschaftsbeitrag zahle ich per Bankeinzug ❑ den Patenschaftsbeitrag zahle ich per Rechnung

Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich, _____,
den Verein **Aktion gegen Herzflimmern e.V.** bis auf Widerruf, den Patenschaftsbeitrag bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos durch Lastschrift einzuziehen.

IBAN: _____ BIC: _____

Bank: _____ Kontoinhaber: _____

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift des Kontoinhabers