



**Kontaktadresse:** Cornelia Kalt-Jopen, Am Spitalberg 26, 77654 Offenburg, Tel 0781 32923, Fax 0781 91975199

**Ich/Wir werde/n Mitglied im Förderkreis Historischer Waldbachfriedhof Offenburg e. V. als**

Jugendliches Mitglied/Student/Studentin  
Ich spende jährlich mindestens € 15,-

Einzelmitglied  
Ich spende jährlich mindestens € 20,-

Ehepaar/Lebensgemeinschaft  
Wir spenden jährlich mindestens € 25,-

Unternehmen/Verein  
Wir spenden jährlich €

Ich möchte noch mehr tun:  
Ich spende jährlich €

**Der Verein ist gemeinnützig, die Spenden sind steuerlich absetzbar.**

Ich/Wir bitten um eine Steuerbescheinigung

Einzugsermächtigung

**Ich/Wir ermächtigen den Förderkreis Historischer Waldbachfriedhof Offenburg e. V. von meinem/unserem Konto**

Kontonummer  
BLZ  
Bank/Institut  
IBAN  
BIC

**Ab sofort jeweils jährlich mittels Lastschrift abzubuchen.**

Name  
Vorname  
Firma/Verein  
Straße  
PLZ/Wohnort  
Email

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_



**Hinweis:**

**Dieser Vordruck ist nur für wiederkehrende Lastschriften verwendbar.**

**SEPA Direct Debit Mandate/SEPA-Lastschriftmandat**

for SEPA Core Direct Debit Scheme/für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren

Creditor's Name & address

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

**Wiederkehrende Zahlungen/Recurrent Payments**

Förderverein Historischer Waldbachfriedhof e.V. Am Spitalberg 26 77654 Offenburg
Creditor identifier/Gläubiger-Identifikationsnummer DE82ZZZ00000070273
Mandate reference/Mandatsreferenz

By signing this mandate form, you authorise

[Creditor's name/Name des Zahlungsempfängers]

Förderverein Historischer Waldbachfriedhof e.V.

to send instructions to your bank to debit your account and your bank to debit your account in accordance with the instructions from

[Creditor's name/Name des Zahlungsempfängers]

Förderverein Historischer Waldbachfriedhof e.V.

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.

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

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.

Name of debtor/Kontoinhaber (Vorname, Name)

Street name and number/Straße, Hausnummer

Postal code and city/PLZ, Ort

Country/Land

Account number-IBAN/BAN

Swift BIC/BIC<sup>1</sup>

Location, date/Ort, Datum

Signature(s)/Unterschrift(en)

<sup>1</sup> Hinweis: Ab 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.

