

Geldspende an die Tafel Regensburg e.V.

Spender

Firma / Nachname

Firma / Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon

Mobil

E-Mail-Adresse

Ich möchte / Wir möchten:

Einmalig monatlich per Lastschrift **EUR** **spenden.**

Ich bin / wir sind damit einverstanden, dass meine / unsere personenbezogenen Daten elektronisch gespeichert, verarbeitet und ausgewertet werden, soweit es zur Erfüllung der Vereinsarbeit nötig ist. Die Daten werden nicht zu Werbezwecken weitergeleitet.

Ich ermächtige / wir ermächtigen die Tafel Regensburg e.V., Liebigstr. 4b, 93055 Regensburg widerruflich, Zahlungen von meinem / unserm Konto wie nachstehend mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Tafel Regensburg e.V. auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

IBAN

BIC

Kreditinstitut

Unterschrift Kontoinhaber

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 Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Die Mandatsreferenz wird nach Zuteilung mitgeteilt.

Gläubiger-ID der Tafel Regensburg e.V.: DE27 7505 0000 0026 9718 20