Geldspende an die Tafel Regensburg e. V.

Vorname und Name

Straße und Hausnummer

PLZ Ort

Telefon E-Mail

Ich möchte / wir möchten:

Einmalig monatlich per Lastschrift € 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., Abensstraße 10, 93059 Regensburg widerruflich, Zahlungen von meinem / unserem 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 Antragsteller

Hinweis: innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, kann die Rückerstattung des belasteten Betrags verlangt werden. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Die Mandatsreferenz wird nach Zuteilung mitgeteilt.
IBAN der Tafel Regensburg e. V.: DE27 7505 0000 0026 9718 20

Ort/Datum Unterschrift Antragsteller