



- Ich/wir unterstütze(n) die Arbeit der HCF und beantrage(n) die Mitgliedschaft als aktives Mitglied für 80,- € im Jahr
- Ich/wir übernehme(n) ____ Patenschaft(en) für ein Kind oder einen Jugendlichen für monatlich je 30,- €
- Ich/wir übernehme(n) ____ Projektpatenschaft(en) für eine Schule oder Hilfseinrichtung für monatlich je 30,- €

Name/Firma

Vorname

Straße

PLZ

Ort

Für eventuelle Rückfragen bitte angeben:

Telefon

Telefax

E-Mail

Geburtsdatum

Ort/Datum

Unterschrift

Um die Verwaltungskosten so gering wie möglich zu halten, bitten wir Sie, am Lastschrift-Einzugsverfahren teilzunehmen. Sie brauchen sich keine Termine zu merken, die zusätzlichen Gebühren für eventuelle Daueraufträge entfallen und Sie gehen kein Risiko ein, da Sie gesetzlich ein 6-wöchiges Widerspruchsrecht haben.

Ermächtigung zum SEPA-Einzug

Hiermit ermächtige ich widerruflich, den Beitrag/die Beiträge wie oben gewählt, bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos

IBAN: _____ BIC: _____

bei folgender Bank _____ durch Lastschrift einzuziehen.

Zahlungsempfänger: Himalayan Care Foundation e.V.

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

Ort/Datum

Unterschrift

Formular bitte an nachstehende Adresse senden oder faxen. Vielen Dank.

Himalayan Care Foundation e.V., Falkenstraße 19, 35638 Leun, Telefon 06473 931020, Fax 06473 931022
office@himalayancare.de, www.himalayancare.de

Bankverbindung: Volksbank Mittelhessen, BIC: VBMHDE5F, IBAN: DE0751390000081122601