



- 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 35,- €
- Ich/wir übernehme(n) \_\_\_\_ Projektpatenschaft(en) für eine Schule oder Hilfseinrichtung für monatlich je 30,- €
- Ich/wir mache(n) eine einmalige Spende in Höhe von \_\_\_\_\_ €

Name/ Firma	Vorname
Straße	
Postleitzahl	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 eV.

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 schicken oder faxen. Vielen Dank!