



- ☐ 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 35,- €
- ☐ Ich/wir mache(n) eine einmalige/monatliche (Nichtzutreffendes bitte streichen) Spende in Höhe von _____ €

Name/ Firma	Vorname
Straße	
Postleitzahl	Ort

Für eventuelle Rückfragen bitte angeben:

Telefon	Handy-Nr.
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.

--	--

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: Kamal - 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 schicken. Vielen Dank!