

# Patenschaft für das Waisenheim „Little Angel“



Die Paten werden mindestens einmal pro Jahr per Email mit Fotos und Berichten über das Waisenheim informiert. Die Patenschaft ist für die Gemeinschaft der 21 Kinder und nicht für ein spezielles Kind (damit kein Kind bevorzugt oder benachteiligt wird).

Ich möchte das Waisenheim gerne monatlich (ab 8,00 Euro) mit folgender Summe unterstützen:

**Euro:**

**Name:**

**Konto-Nummer/IBAN:**

**BLZ/BIC:**

**Adresse:**

**Email-Adresse:**

(Eine Spendenbescheinigung wird nach dem 31.12.eines Jahres auf Wunsch zugestellt)

Spendenbescheinigung gewünscht:

Die Patenschaft kann jederzeit ohne Angabe von Gründen mit einer Frist von 4 Wochen gekündigt werden.

Ich stimme zu, dass der Verein unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Vorschriften personenbezogene Daten speichert. Eine Weitergabe der Daten an Dritte erfolgt nicht.

Unterschrift/Datum: \_\_\_\_\_

Verein Little Angel e.V.  
Vorstand: Anja Friedrich  
An den Eschen 14 d  
26129 Oldenburg  
Konto: 90430133  
BLZ: 28050100

Bitte senden Sie das Formular mit dem ausgefüllten SEPA-Lastschriftmandat an die o.g. Adresse \*Herzlichen Dank\*

# SEPA-Lastschriftmandat SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

Land / Country:

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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 / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor (name see above) to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor (name see above).

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Zahlungsart / Type of payment:

Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment  Einmalige Zahlung / One-off payment

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

Land / Country:

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 35 characters):

BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):

Ort / Location:

Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor: