

Ich unterstütze Pinkstinks

Bitte ausgefüllt zurück senden:

Pinkstinks Germany e.V. | Eppendorfer Weg 95a | 20259 Hamburg

Name _____

Anschrift _____

PLZ / Ort _____

E-Mail _____

Betrag

10 Euro 15 Euro 20 Euro 50 Euro
 100 Euro ____ Euro

Rhythmus

einmalig monatlich jährlich

Ich ermächtige Pinkstinks Germany e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Pinkstinks Germany e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE43ZZZ00000824083

Mandatsreferenz: WIRD SEPARAT MITGETEILT

Konto

Inhaber*in _____

Konto/IBAN _____

BLZ/BIC _____

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ort, Datum _____ Unterschrift: _____