

SCHENKEN SIE GEMEINSCHAFT ZUM WEIHNACHTSFEST

Bis zum
18.12.2023 abgeben
und das Geschenk
liegt rechtzeitig
unter dem
Weihnachtsbaum.

ICH

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____._____.____.

VERSCHENKE EINE MITGLIEDSCHAFT FÜR

Anrede _____

Name _____

Vorname _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

Telefon _____

E-Mail _____

Geburtsdatum _____._____.____.

Kind/Enkelkind Partner/in Arbeitgeber _____

befristet bis _____._____.____. unbefristet

STIFTUNG BSW – MONATLICHER BEITRAG

EUR 5,00 (Mindestbeitrag) EUR 7,00 EUR 10,00

anderer Beitrag: _____ EUR 1,50 (Auszubildender/Studierender)

STIFTUNG EWH – MONATLICHE SPENDE

EUR 1,00 (Mindestbeitrag) EUR 2,00 EUR 5,00

anderer Beitrag: _____

Mir ist bewusst, dass ich bis zur Übergabe des Gutscheins an den Beschenkten für dessen angegebene personenbezogenen Daten datenschutzrechtlich verantwortlich bin. Die Daten werden von uns gemäß Datenschutzgrundverordnung verarbeitet und nur zu den oben genannten Zwecken (SEPA-Lastschriftmandat) und zur Erfüllung der allgemeinen Stiftungsaufgaben (Versand Magazin etc.) genutzt. Eine darüber hinausgehende Weitergabe an Dritte findet nicht statt. Dies bestätige ich mit meiner Unterschrift.

BITTE AUSFÜLLEN UND ZURÜCKSENDEN AN:

Stiftung BSW und Stiftung EWH, Servicezentrum, Bleicherufer 11, 19053 Schwerin
Telefon: 0800 2651367, Fax: 0385 7788933, E-Mail: info@stiftungsfamilie.de

SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

Hiermit ermächtige ich die Stiftung BSW und/oder die Stiftung EWH, bis auf Widerruf, die von mir angegebenen Beträge mittels Lastschrift einzuziehen.

Bankeinzug am 12. des Monats am 25. des Monats

monatlich vierteljährlich halbjährlich jährlich

vom Konto des Kontoinhabers:

Name _____

Vorname _____

IBAN D E _____

Name des Kreditinstituts _____

Gläubiger-ID: DE78ZZZ00000082179

Mandatsreferenznummer: entspricht der Servicekartennummer des Schenkers

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Stiftung BSW und/oder Stiftung EWH auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Beitrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ort, Datum _____

Unterschrift des Kontoinhabers _____

Unterschrift _____



STIFTUNGSFAMILIE
BSW & EWH