



verein für soziale alternativen

Einzugsermächtigung per Fax: 030 9869 4517

## Einzugsermächtigung

Hiermit erteile ich der Kappe e.V. den Auftrag, folgenden Betrag von meinem Konto abzubuchen.

ICH HELFE MIT (BITTE ZUTREFFENDES ANKREUZEN)

- 100,00 Euro     50,00 Euro     25,00 Euro     anderer Betrag: .....,00 Euro
- monatlich     halbjährlich     jährlich     einmalig

### VERWENDUNGSZWECK

bitte Verwendungszweck eintragen: .....

### PERSÖNLICHE DATEN

Firma: ..... Titel: .....

Anrede: Frau / Herr    Vorname: ..... Name: .....

Straße, Hausnr.: ..... PLZ, Ort: .....

E-Mail: ..... Telefon (optional): .....

### BANKVERBINDUNG

Konto: ..... BLZ: ..... Kreditinstitut: .....

### DATENSICHERHEIT

Ihre persönlichen Daten und Ihre Kontoverbindung werden nur für den Zeitraum und zur Bearbeitung Ihres Auftrags gespeichert. Ihre Bankverbindung wird ausschließlich im Rahmen dieses Auftrags an die Kontoführenden Institute übermittelt. Darüber hinaus werden Ihre Kontaktdaten weder an Dritte weitergegeben, noch für andere Zwecke verwendet, solange dies nicht ausdrücklich von Ihnen verlangt wird.

Datum .....

Unterschrift.....