

# Ja, ich unterstütze den „Verein Lebe Dein Leben trotz Krebs e.V.“ dauerhaft!

## SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Lebe Dein Leben trotz Krebs e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Lebe Dein Leben trotz Krebs e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. 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.

	Name, Vorname
	Straße, Hausnummer
	PLZ, Ort
	Kreditinstitut (Name und BIC)
	IBAN
	Datum, Ort, Unterschrift

### Förderbetrag

10,00  
20,00  
50,00

### Zahlungsweise

monatlich  
vierteljährlich  
halbjährlich  
jährlich

Ihre Mandatsreferenz teilen wir Ihnen  
später separat mit

Lebe Dein Leben trotz Krebs e.V.

Spendenkonto: IBAN: DEXX XXXX XXXX XXXX XX · BIC: XXXXXXXXXX Gläubiger-Identifikationsnummer: DEXXXXXXXXXXXXXX