

**Verein der Freunde und Förderer des Chirurgischen Zentrums
am Klinikum Köln-Merheim e.V.**



www.vff-merheim.de

Für **jährliche** Spenden bitte dieses Formular herunterladen, in PDF ausfüllen, unterschreiben, speichern und zusammen mit dem ausgefüllten SEPA-Mandat (s. 2. Seite) an kontakt@vff-merheim.de senden!
Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!

Ich möchte regelmäßig jährlich spenden

und damit den

Verein der Freunde und Förderer des Chirurgischen Zentrums am Klinikum Köln-Merheim e.V.

unterstützen mit

einem Betrag in Höhe von _____ Euro **jährlich per SEPA-Mandat** (s. zweite Seite)

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ PLZ, Ort: _____

geboren am: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

Mail: _____

Die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten zur Verwaltung meiner Mitgliedschaft durch den Verein der Freunde und Förderer des Chirurgischen Zentrums am Klinikum Köln-Merheim e.V. nehme ich zur Kenntnis.

Hinweise zum Thema Datenschutz finde ich auf der Website www.vff-merheim.de/datenschutz/.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Vorstand:

Dr. Hermann Remaklus
Renate Streitz
Prof. Dr. jur. Ralf Josten, LL.M. oec.

Steuernummer: 218/5766/0423 / Finanzamt Köln-Ost

Vereinsregister:

Amtsgericht Köln
VR 15105

Bankverbindung:

DE97 3705 0299 0000 3406 89
Kreissparkasse Köln
(BIC: COKSDE33xxx)

SEPA-Gläubiger-ID: DE21ZZZ00000305141

SEPA-Lastschriftmandat SEPA Direct Debit Mandate

Bitte diese 2. Seite auch ausfüllen und unterschreiben, danke!

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Verein der Freunde und Förderer des Chirurg. Zentrums am Klinikum Köln-Merheim e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Ostmerheimer Str. 200

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

51109 Köln

Land / Country:

Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

DE21ZZZ00000305141

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

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger **Verein der Freunde und Förderer des Chirurg. Zentrums am Klinikum Köln-Merheim e.V.**, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger **Verein der Freunde und Förderer des Chirurg. Zentrums am Klinikum Köln-Merheim e.V.** 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 **Verein der Freunde und Förderer des Chirurg. Zentrums am Klinikum Köln-Merheim e.V.** 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 **Verein der Freunde und Förderer des Chirurg. Zentrums am Klinikum Köln-Merheim e.V.**

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*

* Angabe freigestellt / Optional information

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

Land / Country:

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 34 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 34 characters):

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

Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn der Zahlungsdienstleister des Zahlungspflichtigen in einem EU-/ EWR-Mitgliedsstaat ansässig ist.

Note: The BIC is optional when Debtor Bank is located in a EEA SEPA country.

Ort / Location:

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

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