

Ja, ich möchte die Dr. Farassat-Stiftung unterstützen!

Ich spende _____ €

- Einmalig
- Monatlich
- Vierteljährlich
- Halbjährlich
- Jährlich

Die Zahlung erfolgt erstmals zum _____ .

SEPA-Lastschriftmandat

Hiermit ermächtige ich die „Dr. Farassat-Stiftung gGmbH“, die Spende von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der „Dr. Farassat-Stiftung gGmbH“ auf mein Konto gezogene(n) Lastschrift(en) einzulösen. 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. Gläubiger-Identifikationsnummer: DE50250400660256500000

Titel, Vorname, Nachname

Firma

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon, E-Mail

IBAN

BIC

Datum, Unterschrift

Die genannte Spende soll von meinem Konto abgebucht werden. Diese Ermächtigung erlischt durch Widerruf. Für die Spende wird nach Eingang, bei regelmäßigen Spenden zu Beginn des Folgejahres eine Spendenbescheinigung zur Vorlage beim Finanzamt zugesandt.

Senden Sie uns das Formular bitte an info@farassat-stiftung.de, per Fax: 0931-3049989-99 oder an Dr. Farassat-Stiftung gGmbH, Schleehofstraße 12, 97209 Veitshöchheim.