

WERDEN AUCH SIE MITGLIED!

Bitte füllen Sie das folgende Formular vollständig aus.

Vorname:

Nachname:

Geburtsdatum:

Str., Hausnr.:

PLZ, Ort:

Telefon:

E-Mail-Adresse:

- ☐ Ich möchte den Newsletter erhalten.
- ☐ Ich möchte Informationen lieber per Post erhalten.
- ☐ Ich stimme der elektronischen Verarbeitung meiner Daten gemäß Datenschutzbestimmungen zu. www.dksb-koeln.de/datenschutz

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige Den Kinderschutzbund Ortsverband Köln e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Der Kinderschutzbund Ortsverband Köln 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 dem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Zahlungsart: wiederkehrende Zahlung.

Kto.-Inhaber:in:

Spendenbetrag/Jahr (min. 25€): €

IBAN: D E

BIC:

Kreditinst.:

- ☐ Ich erteile das SEPA-Lastschriftmandat.

Ort, Datum:

Unterschrift:

Bitte senden Sie das Formular an info@kinderschutzbund-koeln.de