

Falls Sie sich angesprochen fühlen, bei dem Freundeskreis CBH Bethlehem mitzumachen, bitte dieses Formular ausgefüllt und unterzeichnet an die folgende Anschrift senden:

Tel.-Nr. 01749 220 748
oder 0561 15470

Kath. Kirchengemeinde St. Familia
Freundeskreis Caritas Baby Hospital Bethlehem
Kölnische Str. 55
34117 Kassel
oder
email: caritas-baby-hospital-kassel@gmx.de

**Ihr Spendenbetrag wird zu 100 %
an das Caritas Baby Hospital
weitergeleitet !
Es werden keine Verwaltungs-
kosten einbehalten.**

Spendenkonto:

Kath. Kirchengemeinde St. Familia
Bank: **EB Kassel**
IBAN: **DE75 52060410 0400008419**
BIC: **GENODEF1EK1**

Ich möchte dem **Freundeskreis CARITAS BABY HOSPITAL BETHLEHEM** angehören:

Name: _____ Vorname: _____
Straße: _____ PLZ / Wohnort: _____
Tel.: _____ Email: _____

Der monatliche Beitrag sollte € 5,00 betragen, kann aber auch niedriger oder höher sein.

Hiermit ermächtige(n) ich/wir Sie jederzeit widerruflich monatlich ab

Monat: _____ Euro: _____

zu Lasten meines/unseres Kontos einzuziehen:

IBAN: _____ BIC: _____

SEPA-Lastschrift-Mandat, Gläubiger-ID-Nr. DE33ZZZ00000567795;
Die Mandatsreferenznummer wird separat mitgeteilt.

Bitte die gewünschten Abbuchungstermine ankreuzen:

- monatlich
 vierteljährlich
 halbjährlich
 jährlich

Platz für andere Wünsche:

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.

Die vorstehenden Angaben dürfen nur für interne Bearbeitungszwecke verwendet und nicht an Dritte weitergegeben werden.

Datum: _____ Unterschrift: _____
(Kontoinhaber)

Eine Spendenbescheinigung erhalten Sie jeweils im Januar für das zurückliegende Kalenderjahr.

bitte ankreuzen, wenn Sie **keine** Spendenbescheinigung möchten