

Herzlichen Dank für Ihre Gönnerschaft

Name

Anrede

- ☐ 1= Herr
☐ 2= Frau
☐ 3= Familie
☐ 4= Firma

Vorname (bei Firma: Kontaktperson)

Strasse/Nr.

Mein monatlicher Beitrag

CHF

PLZ

Ort

entspricht 1x Pro Jahr

CHF

E-Mail

☐ jährlich

☐ ½-jährlich

☐ ¼-jährlich

Telefon

Geburtsdatum

Mitarbeitername

Zahlungsermächtigung mit Widerspruchsrecht

IBAN

CH

Bankname / Ort

Zahlungsweise

☐ **Belastung des Postkontos** mit CH-DD-Basislastschrift (Swiss COR1 Direct Debit).
RS-PID. 41101000000788215

☐ **EZ**

☐ **Belastung des Bankkontos** mit LSV+.
LSV-ID. COOPE

Ort und Datum:

Unterschrift(en):

*Unterschrift des Vollmachtgebers oder Bevollmächtigten auf dem Postkonto. Bei Kollektivzeichnung sind zwei Unterschriften erforderlich.

Durch meine Unterschrift werde ich GönnerIn von CO-OPERAID. Bei Rückfragen kann man mich telefonisch erreichen. Ich habe die **Informationen betreffend LSV+/CH-DD auf der Rückseite** gelesen und akzeptiere diese. Widerruf ist durch eine schriftliche Mitteilung jederzeit möglich.

Hinweise

CO:OPERAID

Bildung für Kinder in Afrika und Asien

Dieser Formularsatz besteht aus zwei Belegen.

Beleg 1 - Originalbeleg für die Datenerfassung und das Lastschriftverfahren der Banken.

Beleg 2 - Diese Durchschrift wurde Ihnen während unserem Gespräch übergeben.

Prüfen Sie bitte die vorgenommenen Eintragungen, insbesondere im Bereich der Bankverbindung bzw. Postkontonummer auf Richtigkeit und geben Sie uns allfällige Korrekturen bekannt. Bitte teilen Sie uns Adressänderungen mit.

Der Schutz Ihrer Daten ist uns wichtig. Informationen zur Verwendung Ihrer Daten finden Sie unter:
www.co-operaid.ch/de/co-operaid/datenschutzzerklaerung

Wir freuen uns, Sie zu unseren Gönnerinnen und Gönner von CO-OPERAID zählen zu dürfen. Mit Ihrer Unterstützung befähigen Sie benachteiligte Menschen, ein eigenständiges und würdevolles Leben zu führen.

Widerruf ist durch eine schriftliche Mitteilung jederzeit möglich.

Belastung des Postkontos mit CH-DD-Basislastschrift (Swiss COR1. Direct Debit).

Hiermit ermächtige ich PostFinance bis auf Widerruf, den umseitig genannten jährlich fälligen Betrag meinem Konto zu belasten. Wenn das Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, kann PostFinance diese mehrmals prüfen, um die Zahlung durchzuführen, ist aber nicht verpflichtet, die Belastung vorzunehmen. Jede Belastung des Kontos wird von PostFinance in der mit mir vereinbarten Form avisiert (z.B. mit dem Kontoauszug). Der belastete Betrag wird rückvergütet, falls ich innerhalb von 30 Tagen nach Avisierungsdatum bei PostFinance in verbindlicher Form Widerspruch einlege.

Belastung des Bankkontos mit LSV+.

Hiermit ermächtige ich meine Bank bis auf Widerruf, die ihr von umseitig genannten Zahlungsempfänger vorgelegten Lastschriften meinem Konto zu belasten. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht für meine Bank keine Verpflichtung zur Belastung. Jede Belastung meines Kontos wird mir avisiert. Der belastete Betrag wird mir rückvergütet, falls ich innerhalb von 30 Tagen nach Avisierungsdatum bei meiner Bank in verbindlicher Form Widerspruch einlege.

Wird von der Bank ausgefüllt

IBAN:

BC-Nr.:

Datum

Stempel und Visum der Bank

LSV-ID. COOPE

RS-PID. 4110100000788215