

Ich möchte **DIE HEILSARMEE** ab dem 1. oder dem 15. des jeweiligen Monats
regelmäßig erstmals ab dem _____ mit einer
 monatlichen, vierteljährlichen, halbjährlichen oder jährlichen Spende
in Höhe von _____, _____ Euro bis auf weiteres unterstützen;
evtl. Spendenzweck _____.

SEPA Lastschriftmandat

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) **DIE HEILSARMEE**, (einmalig eine) Zahlung(en) von meinem
(unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser)
Kreditinstitut an, die von **DIE HEILSARMEE** 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.

Vorname und Name des Kontoinhabers

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Bei Kreditinstitut

Name

BIC

IBAN

Datum und Unterschrift

Die Heilsarmee in Deutschland, KdöR • Salierring 23-27 • 50677 Köln

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE83KUM00000025635

Mandatsreferenz: wird im Zuge der Bestätigung mitgeteilt