

**Förderverein MUKOVISZIDOSE-Zentrum Köln e.V.**

**Bitte faxen an 0221 – 478 33 30 oder per Post an:**

---



Förderverein  
Mukoviszidose-Zentrum Köln e.V.  
Vorsitzender : Dr. Peter Tinschmann  
Kerpener Straße 62  
50924 Köln

Ermächtigung zu Einzug von Forderungen durch Lastschrift

\_\_\_\_\_  
Name des Kontoinhabers

\_\_\_\_\_  
Anschrift

\_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_  
eMailadresse

Förderverein MUKOVISZIDOSE-Zentrum Köln e.V. (Zahlungsempfänger)

Hiermit ermächtige(n) ich/wir\* Sie widerruflich, die von mir/uns\* zu entrichtenden Zahlungen wegen

- Mitgliedschaft in Höhe von \_\_\_\_\_ Euro (mindestens 15 Euro jährlich)
- Patenschaft in Höhe von \_\_\_\_\_ Euro (mindestens 200 Euro jährlich - eine Patenschaft beinhaltet automatisch die Mitgliedschaft)

für den o.g. Förderverein bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres\* Kontos mit der Nr.

Kontonummer \_\_\_\_\_ Bankleitzahl \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
genaue Bezeichnung des kontoführenden Institutes

Wenn mein/unser\* Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Institutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift(en)

\* Nichtzutreffendes bitte streichen