



AN:  
Stiftung HUMOR HILFT HEILEN  
Dolivostr. 9  
64293 Darmstadt

Bitte ausdrucken, ausfüllen und faxen an 06151 - 15 91 220 oder per Post an Zahlungsempfänger!



## ERMÄCHTIGUNG ZUM LASTSCHRIFT-EINZUG

### NAME UND ANSCHRIFT DES KONTOINHABERS

Frau  Herr  Firma

NAME, VORNAME  
/ FIRMENNAME:

STRASSE:

HAUSNR.:

POSTLEITZAHL:

ORT:

AN ZAHLUNGSEMPFÄNGER: Stiftung HUMOR HILFT HEILEN, Dolivostr. 9, 64293 Darmstadt

### EINZUGSERMÄCHTIGUNG

Hiermit ermächtige(n) ich/wir Sie widerruflich, von mir/uns zu entrichtende Zahlungen

VERWENDUNGS-  
ZWECK:

BETRAG:

EURO

HÄUFIGKEIT:

einmalig

monatlich

jährlich

ICH WÜNSCHE MIR DAZU NASEN:

ja

nein

bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres Girokontos

KONTONUMMER:

BANKLEITZAHL:

GELDINSTITUT:

durch Lastschrift einzuziehen.

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

ORT, DATUM:

UNTERSCHRIFT(EN) KONTOINHABER: