

# Kinderhilfsprojekt Galle - Sri Lanka e.V.

## Chathura-Kinderheim Mabotuwana / Sri Lanka - Patenschaftsantrag -

ich möchte Pate von \_\_\_\_\_ werden.  
Name des Kindes

ich möchte mit einer Projektpatenschaft alle Kinder im  
Chathura - Kinderheim unterstützen.

Herr  Frau

Titel \_\_\_\_\_

Vorname, Name \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Ich ermächtige den Verein "**Kinderhilfsprojekt Galle - Sri Lanka e.V.**"  
den Patenschaftbeitrag mit dem beiliegenden SEPA-Lastschriftsmandat bis auf Widerruf  
abzubuchen.

**Monatsbeitrag 25 Euro** Beginn der Patenschaft: \_\_\_\_\_

### Abbuchung

monatlich  halbjährlich  jährlich

Einzugsdatum für die erste Abbuchung: \_\_\_\_\_ im Monat des Patenschaftsbeginns

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

bei wiederkehrenden Abbuchungen:

Einzugsdatum bei monatlicher Abbuchung: \_\_\_\_\_ am 1. Werktag im Monat  
Einzugsdatum bei halbjährlicher Abbuchung: \_\_\_\_\_ am 1. Werktag im Januar und Juli  
Einzugsdatum bei jährlicher Abbuchung: \_\_\_\_\_ am 1. Werktag im Januar

Bitte zusammen mit dem nachfolgenden SEPA-Lastschriftsmandat weiterleiten an:

### Kinderhilfsprojekt Galle - Sri Lanka e.V.

z.Hd. Anneliese Woll, Berliner Ring 78a, 66955 Pirmasens  
oder per Email an: [kinderhilfsprojekt\\_galle@t-online.de](mailto:kinderhilfsprojekt_galle@t-online.de)

# SEPA-Lastschriftmandat / SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

**Kinderhilfsprojekt Galle – Sri Lanka e.V.**

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address  
Straße und Hausnummer / Street name and number:

**Berliner Ring 78a**

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

**66955 Pirmasens**

Land / Country:

**Deutschland**

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier :

**DE34ZZZ00000225270**

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):

**Mitglieds-Nr.**

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto Mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann / wir können innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

By signing this mandate form, you authorise the creditor (name see above) to send instructions to your bank to debit your account and your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor (name see above).

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Zahlungsart / Type of payment:

**Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment**  **Einmalige Zahlung / One-off payment**

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address  
Straße und Hausnummer / Street name and number:

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

Land / Country

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 35 characters):

BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):

Ort / Location:

Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY)

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor: