

Vorstand:

1. Vorsitzende · Stephanie Hänsch, PhD M.A.
T: +49 (0) 3581 72-1508 · stephanie.haensch@malteser.org

2. Vorsitzender · Joachim Rudolph
T: +49 (0) 3581 704711 · rudolph.jochen@gmail.com

Schatzmeister · Thomas Krakowsky
T: +49 (0) 3581 8932822 · F: +49 (0) 3581 89 36 116
Krakowsky.Foerderkreis.Carolus@gmx.net

SEPA-Basis-Lastschriftmandat (SEPA Direct Debit Mandate)

für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/SEPA Core Direct Debit Scheme

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

**Förderkreis des St. Carolus
Krankenhauses Görlitz e. V.**

- Vorstand -
Carolusstraße 212
D-02827 Görlitz

**Wiederkehrende Zahlungen/
Recurrent Payments**

[Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)]

DE38ZZZ00000355372

[Mandatsreferenz]

FKdMKHSCGRv-

SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n)

[Name des Zahlungsempfängers]

Förderkreis des St. Carolus Krankenhauses Görlitz e. V.

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

[Name des Zahlungsempfängers]

Förderkreis des Malteser Krankenhauses St. Carolus Görlitz e. V.

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Das Lastschriftmandat gilt für den Jahresmitgliedsbeitrag gemäß
Aufnahmeantrag oder Mitteilung und für gesondert mitgeteilte Einzelspenden.

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

Kontoinhaber /Zahlungspflichtiger (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Kreditinstitut

BIC¹

IBAN

DE

¹ Hinweis: Ab 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.

Ort, Datum

Unterschrift (Zahlungspflichtiger)

Bitte senden Sie diese Ausfertigung an: Herrn Thomas Krakowsky, Heinrich-Heine-Straße 17, D-02827 Görlitz.

Vorstand:

1. Vorsitzende · Stephanie Hänsch, PhD M.A.
T: +49 (0) 3581 72-1508 · stephanie.haensch@malteser.org

2. Vorsitzender · Joachim Rudolph
T: +49 (0) 3581 704711 · rudolph.jochen@gmail.com

Schatzmeister · Thomas Krakowsky
T: +49 (0) 3581 8932822 · F: +49 (0) 3581 89 36 116
Krakowsky.Foerderkreis.Carolus@gmx.net

Ausfertigung für den Zahlungsempfänger

SEPA-Basis-Lastschriftmandat (SEPA Direct Debit Mandate)

für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/SEPA Core Direct Debit Scheme

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

**Förderkreis des St. Carolus
Krankenhauses Görlitz e. V.**

- Vorstand -

**Carolusstraße 212
D-02827 Görlitz**

**Wiederkehrende Zahlungen/
Recurrent Payments**

[Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)]

DE38ZZZ00000355372

[Mandatsreferenz]

FKdMKHSCGReV-

SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n)

[Name des Zahlungsempfängers]

Förderkreis des St. Carolus Krankenhauses Görlitz e. V.

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

[Name des Zahlungsempfängers]

Förderkreis des Malteser Krankenhauses St. Carolus Görlitz e. V.

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Das Lastschriftmandat gilt für den Jahresmitgliedsbeitrag gemäß
Aufnahmeantrag oder Mitteilung und für gesondert mitgeteilte Einzelspenden.

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

Kontoinhaber /Zahlungspflichtiger (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)
Brigitte Richtarsky, Elsternweg 10, 02827 Görlitz

Kreditinstitut

Sparkasse Oberlausitz Niederschlesien

BIC¹

WELADED1GRL

IBAN

DE

¹ Hinweis: Ab 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.

Ort, Datum

Görlitz, 01.2023

Unterschrift (Zahlungspflichtiger)