



EINGANG	NR.
---------	-----

SPENDE

Ich spende / Wir spenden

für die Arbeit von Pallium

für Kind & Trauer

speziell für

€

- einmalig
 monatlich
 ¼-jährlich
 jährlich

ab

Spendenbescheinigung erwünscht

Bitte füllen Sie die Einzugsermächtigung aus.

NAME
VORNAME
STRASSE, NR.
PLZ, ORT
TELEFON
E-MAIL

Um Verwaltungskosten zu sparen, erteile ich hiermit eine Einzugsermächtigung.

KONTOINHABER
BANK
IBAN
BIC

Diese Einzugsermächtigung kann jederzeit widerrufen werden. Dazu genügt eine kurze schriftliche Mitteilung per Fax, E-Mail oder Post.

Der Verarbeitung (wie Erhebung, Speicherung, Verwendung, Übermittlung, Löschung) meines personen-bezogenen Daten-/Bildmaterials für Zuwendungen/Spenden nach den rechtlichen Datenschutzbestimmungen stimme ich zu. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann.

DATUM, UNTERSCHRIFT
