



EINGANG

NR.

SPENDE

Ich spende / Wir spenden

für die Arbeit von Pallium

für Kinder- u. Familientrauer

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 personenbezogenen Daten-/Bildmaterials für Zuwendungen/Spenden nach den rechtlichen Datenschutzbestimmungen stimme ich zu. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann.

DATUM, UNTERSCHRIFT