



## Antrag für eine Mietpatenschaft

Hiermit beantrage ich eine Mietpatenschaft für eine Mutter/Großmutter der Intho.keniahilfe e.V.:

Name der Mutter/Großmutter:

Ich zahle ab (*bitte Monat & Jahr einfügen*):

Ich zahle monatlich EUR:

Die Zahlung wird monatlich bis zum 10. des jeweiligen Monats per SEPA-Lastschriftmandat von meinem Konto eingezogen (*bitte beigefügtes Formular ausfüllen*).

Falls ich die Patenschaft aus irgendwelchen Gründen beenden möchte, werde ich die Intho.keniahilfe e.V. mindestens 2 Monate vor Beendigung davon in Kenntnis setzen.

Name, Vorname:

Straße & Hausnr.:

PLZ:

Ort:

Land:

Email:

Telefon:

Ort:

Datum:

Unterschrift:

---

Bitte sende den ausgefüllten Antrag zusammen mit der SEPA-Einzugsermächtigung an die  
Intho.keniahilfe e.V.  
Zeppelinstraße 21a  
65549 Limburg

# SEPA-Lastschriftmandat

## SEPA Direct Debit Mandate

**Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:**

*Intho.keniahilfe e.V.*

**Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address**

**Straße und Hausnummer / Street name and number:**

*Zeppelinstraße 21A*

**Postleitzahl und Ort / Postal code and city:**

*65549 Limburg*

**Land / Country:**

*Deutschland/Germany*

**Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:**

*DE95ZZZ00002542957*

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

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger **Intho.keniahilfe e.V.**, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger **Intho.keniahilfe e.V.** auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann / Wir können innerhalb von acht 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 (A) the creditor **Intho.keniahilfe e.V.** to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor **Intho.keniahilfe e.V.**.

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\***

\* Angabe freigestellt / Optional information

**Straße und Hausnummer / Street name and number:**

**Postleitzahl und Ort / Postal code and city:**

**Land / Country:**

**IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 34 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 34 characters):**

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

Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn der Zahlungsdienstleister des Zahlungspflichtigen in einem EU-/ EWR-Mitgliedsstaat ansässig ist.

Note: The BIC is optional when Debtor Bank is located in a EEA SEPA country.

**Ort / Location:**

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

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