



Antrag für eine Schulpatenschaft

Hiermit beantrage ich eine Schulpatenschaft für ein Kind der Intho.keniahilfe e.V..
Eine monatliche Gebühr beträgt 50 Euro, in dieser ist alles Notwendige für die Schule
(inkl. Uniformen, Bustransfer, Schulmaterialien und zwei Mahlzeiten täglich) enthalten.

Name des Kindes:

(falls Du keinen Namen einträgst,
wählen wir ein Kind für dich aus)

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

Ich zahle monatlich EUR 50,00.

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:**