Chancenverband
Legasthenie und Dyskalkulie e. V.

www.chancenverband.de

Ludwig-Eckes-Allee 6
55268 Nieder-Olm

Kontakt-Telefon:
0 61 36 – 8 14 72 72

info@chancenverband.de
Fax: 0 61 36 – 95 48 95

VR 41186

Zusammen mit anderen können Sie Pate eines Legasthenie- oder Dyskalkulie- (Rechenschwäche) Kindes werden.

Dabei unterstützen Sie die Therapie *eines* Kindes mit einem regelmäßigen Betrag.

Sie nehmen teil an seinen Fortschritten, denn „Ihr Kind“ wird Ihnen schreiben.

Ich werde Pate eines Kindes beim Chancenverband Legasthenie und Dyskalkulie e.V.

☐ Monatlich ☐ Vierteljährlich ☐ Halbjährlich

mit einem Betrag in Höhe von _____ €.

Name, Vorname: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

☐ Ich veranlasse die Überweisung/den Dauerauftrag selbst (Kontodaten siehe unten).

☐ Ich bitte um Abbuchung im Lastschriftverfahren jeweils am _____ von meinem Konto.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

Bitte senden Sie uns das ausgefüllte Formular per Post oder per Fax zu.

SEPA-Lastschriftmandat

Mandatsreferenz: (wird seperat mitgeteilt)
Ich ermächtige den Zahlungsempfänger Chancenverband Legasthenie und Dyskalkulie e. V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.
Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger Chancenverband Legasthenie und Dyskalkulie e. V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.
Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name, Vorname: _____
(Kontoinhaber)

IBAN/Kto.-Nr.: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

BIC/BLZ: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____
(Kontoinhaber)

SPENDENKONTO

Chancenverband e. V.	Kto.-Nr.: 0 200 086 346	IBAN: DE18 5505 0120 0200 0863 46
Sparkasse Mainz	BLZ: 550 501 20	BIC: MALADE51MNZ