



CVJM-Kreisverband Lüdenscheid e.V.

Kreiskassenwart Martin Görlitzer

Schürenstück 3

58762 Altena-Dahle

CVJM-Kreisverband Lüdenscheid e.V.  
Mathildenstraße 30a  
58507 Lüdenscheid

fon: 0 23 51 / 8 11 36  
fax: 0 23 51 / 37 82 18  
email: office@cvjm-kv-luedenscheid.de  
www.cvjm-kv-luedenscheid.de

## Spendenversprechen

Hiermit verspreche ich mitzuhelfen, die Arbeit des CVJM-Kreisverbandes Lüdenscheid zu sichern, und zwar mit einer Spende in Höhe von

	€
--	---

- pro Monat     pro Quartal     pro Jahr
- für 1 Jahr                       für 2 Jahre
- für 3 Jahre                       für \_\_\_ Jahre
- bis auf Widerruf.

Der Betrag erhöht sich jährlich um \_\_\_\_ %.

Der Betrag soll von meinem Konto eingezogen werden.

Dazu bitte anhängendes SEPA-Lastschriftmandat zum Spendenversprechen ausfüllen.

Ich überweise den Betrag selbst.

Ich möchte Freund(in) des Kreisverbandes sein.

Dies ist ein neues Versprechen.

Dieses Versprechen ist die Änderung eines bestehenden.

Vorname: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

eMail: \_\_\_\_\_

@ \_\_\_\_\_

Der CVJM-Kreisverband Lüdenscheid e.V. ist als gemeinnütziger Verein anerkannt. Jede Spende kann steuerlich geltend gemacht werden.

Ort, Datum

Unterschrift

Vereinsregister: Amtsgericht Iserlohn VR 20914

Vorstand i.S.d. § 26 BGB: Christin Schucka (Vorsitzende),

Marco Malms, Sarah Klapic, Martin Görlitzer

Steuernummer:

332/5796/0290

Bankverbindung: Vereinigte Sparkasse im Märkischen Kreis

IBAN: DE76 4585 1020 0070 1043 36

BIC: WELADED1PLB

# Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats



## Zahlungsempfänger

CVJM-Kreisverband Lüdenscheid e.V.

## Anschrift des Zahlungsempfängers

z. H. Kreiskassenwart Martin Görlitzer  
Schürenstück 3  
58762 Altena

Mandatsreferenz (wird vom CVJM-Kreisverband vergeben)

## Gläubiger-Identifikationsnummer

DE7000000000020146

## Zahlungsart

- Mandat für einmalige Zahlung  
 Mandat für wiederkehrende Zahlungen

## SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den oben genannten Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / unser Kreditinstitut an, die vom oben genannten Zahlungsempfänger 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 die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

## Daten des Zahlungspflichtigen

Vorname, Name :

wie Vorderseite

Straße u. Hausnr.:

wie Vorderseite

PLZ, Ort:

wie Vorderseite

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen)

oder Kontonummer:

D E

BIC (8 oder 11 Stellen)

oder Bankleitzahl:

## Unterschrift

Ort, Datum:

Unterschrift:

Ausfertigung für den Zahlungsempfänger / Gläubiger >> Bitte an die obige Adresse senden.