



CVJM-Kreisverband Lüdenscheid e.V.  
z.H. Kreiskassenwart Martin Görlitzer  
Schürenstück 3  
58762 Altena-Dahle

CVJM Kreisverband Lüdenscheid e.V.  
Mathildenstr. 30a  
58507 Lüdenscheid

Kreisverbandsbüro  
Mathildenstr. 30a  
58507 Lüdenscheid

fon: 0 23 51 / 8 11 36

fax: 0 23 51 / 37 82 18

## Spendenversprechen

Hiermit verpflichte ich mich, den CVJM-Kreisverband Lüdenscheid e.V. bei der Finanzierung seiner hauptamtlichen Kräfte zu unterstützen, 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 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.

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: Sarah Klavic (Vorsitzende),  
Marco Malms, Christin Schucka, Martin Görlitzer

Bankverbindung: Vereinigte Sparkasse im Märkischen Kreis  
Konto 70 104 336 - BLZ 458 510 20  
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 :

\_\_\_\_\_  
Straße u. Hausnr.:

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

\_\_\_\_\_  
IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen) oder Kontonummer:  
D E

\_\_\_\_\_  
BIC (8 oder 11 Stellen) oder Bankleitzahl:  
D E

## Unterschrift

Ort, Datum:

Unterschrift:

\_\_\_\_\_