



Bitte ausfüllen und per Post schicken

Thoraxstiftung Heidelberg  
Röntgenstr. 1  
69126 Heidelberg

**Kontakt:**  
Roger Lutz  
Stiftungskordinator  
Tel.: (49) 6221 / 396 2777

## SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Thoraxstiftung, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Thoraxstiftung 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.

**Absender** (bitte in Druckbuchstaben)

Herr  Frau  Familie  Firma

**Titel, Vorname, Name:** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_

**Straße, Hausnummer:** \_\_\_\_\_

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

**Telefon:** \_\_\_\_\_ **Fax:** \_\_\_\_\_

**Mobil:** \_\_\_\_\_ **E-Mail:** \_\_\_\_\_

**Bitte buchen Sie folgenden Betrag von meiner / unserer Bankverbindung ab:**

einmalig  monatlich  vierteljährlich  halbjährlich  jährlich

**Betrag:** \_\_\_\_\_

**Konto-Inhaber:** \_\_\_\_\_

**Meine IBAN:** DE \_ \_ / \_ \_ \_ \_ / \_ \_ \_ \_ / \_ \_ \_ \_ / \_ \_ \_ \_ / \_ \_

**Bank:** \_\_\_\_\_

**Spende**  **Anlass-Spende (z.B. Trauerfall, Jubiläum)** \_\_\_\_\_

**Ich/wir bitte (n) um Verwendung meiner / unserer Spende für:** \_\_\_\_\_

**Ort, Datum:** \_\_\_\_\_ **Unterschrift:** \_\_\_\_\_