

# Abbuchungserlaubnis

Hiermit ermächtige ich,

Vorname  Name   
Straße  PLZ/Ort

die

**Evangelische Stiftung Volmarstein**  
**Hartmannstr. 24**  
**58300 Wetter**

von meinem Konto bei

Kreditinstitut   
Bankleitzahl  Konto-Nr.

- |                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> monatlich       | <input type="radio"/> 15,00 €   |
| <input type="radio"/> vierteljährlich | <input type="radio"/> 25,00 €   |
| <input type="radio"/> halbjährlich    | <input type="radio"/> 50,00 €   |
| <input type="radio"/> einmal im Jahr  | <input type="radio"/> andere Summe <input type="text"/> (€)           |
| <input type="radio"/> Anfang          | <input type="radio"/> Mitte <input type="radio"/> Ende des Zeitraumes |

**abzubuchen**

Beginn  Ende (falls erwünscht)

Sollte mein Konto keine ausreichende Deckung aufweisen, so besteht seitens des kontenführenden Geldinstitutes **keine** Pflicht zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren **nicht** vorgenommen. Diese Abbuchungserlaubnis kann ich jederzeit rückgängig machen. Ich bin nicht an Fristen gebunden.

Ort , den

Unterschrift

Bitte klicken, um diese Seite auszudrucken.