

Ja, ich werde Fördermitglied bei Diospi Suyana und beteilige mich gerne am Missionsspital für die Quechua-Indianer Perus. Ich erteile Ihnen eine Einzugsermächtigung über

_____ Euro

monatlich vierteljährlich

ab _____ jeweils zum

1. 15. des Monats.

Ich wünsche eine Zuwendungsbestätigung:

1-jährlich keine

Mit der Bekanntgabe meiner Daten erkläre ich mich mit der elektronischen, telefonischen und schriftlichen Kontaktaufnahme einverstanden. Diospi Suyana verpflichtet sich zum sorgfältigen Umgang mit meinen Daten und garantiert mir, sie ausschließlich für eigene Zwecke zu verwenden.

Bitte einsenden an:

Diospi Suyana e. V., Postfach 10 04 10, 64204 Darmstadt



Bitte buchen Sie von meinem Konto ab:

Konto-Nr. _____ BLZ _____

Name des Kreditinstituts _____

Name, Vorname _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

E-Mail _____ Beruf _____

Tel.-Nr. für Rückfragen _____

Freundes-Nr. (falls vorhanden) _____

Diese Einzugsermächtigung kann ich jederzeit widerrufen.

Datum

Unterschrift