

**Ja, ich beteilige mich gerne an dem Missionsspital für die Quechua-Indianer Perus und erteile Ihnen eine Einzugsermächtigung über**



Bitte buchen Sie von meinem Konto ab:

\_\_\_\_\_ Euro

einmalig       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

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