✕ Ja, ich unterstütze den Schweizerischen Gehörlosenbund mit einem regelmässigen Spendenauftrag (per Lastschriftenverfahren)

SGB-FSS
Schweizerischer
Gehörlosenbund

Mein Förderbeitrag _____ **CHF pro Jahr** (mind. CHF 120.–)

Überweisung ◯ jährlich (ab CHF 120.–)
◯ halbjährlich (ab CHF 120.–)

◯ Frau ◯ Herr ◯ Familie

Name		Vorname	
Strasse		PLZ und Ort	
Telefon		E-Mail	
Geburtsdatum			

Hiermit ermächtige ich den Schweizerischen Gehörlosenbund mein Konto bis auf Widerruf zu belasten.

◯ Postkonto IBAN-Nr. _____

oder

◯ Bankkonto IBAN-Nr. _____

Bankname _____

PLZ und Ort _____

Ich habe das Recht, Belastungen jederzeit und ohne Begründung innert 30 Tagen schriftlich bei der Bank oder PostFinance zu widerrufen.

Wenn mein Konto nicht die erforderliche Deckung aufweist, besteht für die Bank oder PostFinance keine Verpflichtung zur Belastung.

Meine Daten werden gemäss **Datenschutzbestimmungen des Schweizerischen Gehörlosenbundes** vertraulich behandelt. Mit der Bekanntgabe meiner Daten erkläre ich mich mit der elektronischen, telefonischen und schriftlichen Kontaktaufnahme einverstanden, kann dies aber jederzeit einstellen lassen.

Ort und Datum _____

Unterschrift _____

Bitte retournieren Sie dieses Formular per E-Mail oder Post.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Schweizerischer Gehörlosenbund
—
Räffelstrasse 24
8045 Zürich
—
Telefon +41 44 315 52 55
sgb-fss@sgb-fss.ch
gehörlosenbund.ch
—
Spenden
IBAN CH93 0900 0000 8002 6467 1

ZEWO

Bitte leer lassen – wird durch die Bank ausgefüllt.

LSV-ID.: SGD1W	BC-Nr.		Konto-Nr.	
	IBAN			
	Ort und Datum		Bank	