Ja, ich unterstütze den Schweizerischen Gehörlosenbund mit meiner Patenschaft ‹Family-Package› (per Lastschriftenverfahren)

SGB-FSS
Schweizerischer
Gehörlosenbund

Mein Patenschafts-Beitrag _____ **CHF pro Jahr** (mind. CHF 240.–)

Überweisung ◯ jährlich (ab CHF 240.–)
◯ halbjährlich (ab CHF 240.–)

◯ 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 ZERTIFIZIERT CERTIFIÉ CERTIFICATO

Bitte leer lassen – wird durch die Bank ausgefüllt.

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