



Ja, ich unterstütze den Schweizerischen
Gehörlosenbund mit meiner
Patenschaft **«Gebärdensprache»** (per Lastschriftenverfahren)



SGB-FSS
Schweizerischer
Gehörlosenbund

Mein Patenschafts-Beitrag

CHF pro Jahr (mind. CHF 500.-)

Überweisung jährlich (ab CHF 500.-)
halbjährlich (ab CHF 500.-)

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

**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



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

Bitte leer lassen – wird durch die Bank ausgefüllt.

LSV-ID.: SGD1W

BC-Nr.

Konto-Nr.

IBAN

Ort und Datum

Bank