

## Patenschaftsantrag

Sie haben Interesse, ein ganz bestimmtes **Tier oder Gruppe ab 5,00 € im Monat** zu unterstützen?

Dann schicken Sie uns den ausgefüllten Patenschaftsantrag per Post oder per Mail.

**Sie erhalten eine Patenschaftsurkunde für Ihr Tier oder Ihre Gruppe.**

Eine Patenschaft kann jederzeit zum Quartalsende schriftlich gekündigt werden.

Weitere Ansprüche leiten sich aus dieser Versorgungspatenschaft nicht ab.

Ich übernehme die Patenschaft für:

Einzelpatenschaft für Dauergast Igel Tildi

Gruppenpatenschaft Wildschweine

Ich bin damit einverstanden, dass die Einzelpatenschaft auf ein anderes Tier oder eine Gruppe übertragen werden kann, sollte das Patentier versterben.

Ja

Nein

Patenschaft monatlich ab 5€: \_\_\_\_\_ €

Per Überweisung: Kreissparkasse Mayen

IBAN: DE57 5765 0010 0098 0628 39

BIC: MALADE51MYN

Per SEPA-Lastschriftmandat: bitte das anhängende Formular ausfüllen.

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname/ Familie/ Firma/ Verein

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ und Wohnort

\_\_\_\_\_  
Telefon/ Mobil

\_\_\_\_\_  
E-Mail

**Mit einer Verarbeitung meiner persönlichen Daten gem. Bundesdatenschutzgesetz bin ich einverstanden.**

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift (bei Jugendlichen unter 18 Jahren der/die gesetzliche Vertreter(in))

# SEPA-Lastschriftmandat

## SEPA Direct Debit Mandate

**Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:**

Wildtierpflegestation Koblenz e.V.

**Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address****Straße und Hausnummer / Street name and number:**

Am Schützenplatz 16

**Postleitzahl und Ort / Postal code and city:**

56637 Plaidt

**Land / Country:**

Deutschland

**Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:**

DE07ZZZ00002191655

**Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):**

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor (name see above) to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor (name see above).

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

**Zahlungsart / Type of payment:** Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment  Einmalige Zahlung / One-off payment**Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:****Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address\***

\* Angabe freigestellt / Optional information

**Straße und Hausnummer / Street name and number:****Postleitzahl und Ort / Postal code and city:****Land / Country:****IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 34 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 34 characters):****BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):**

Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn der Zahlungsdienstleister des Zahlungspflichtigen in einem EU-/ EWR-Mitgliedsstaat ansässig ist.

Note: The BIC is optional when Debtor Bank is located in a EEA SEPA country.

**Ort / Location:****Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):****Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor:**