



**Alternativen schaffen für Menschen mit psychischer Erkrankung e.V.**

## **Spendenformular für Spenden per Einzugsermächtigung**

Bitte ausgefüllt **per Fax** an: 09721 / 605 41 22 **oder**  
**per Post** an: Plan B e.V. Luitpoldstraße 22 97421 Schweinfurt

**Anrede:** .....  
**Name:** .....  
**Vorname:** .....  
**Straße / Nr.:** .....  
**PLZ / Ort:** .....  
**Land:** .....  
**ggf. Email:** .....

**Spendenbetrag:** .....  einmalig  
 monatlich  vierteljährlich  
 halbjährlich  jährlich

Spendenbescheinigung:  Ja  Nein

Mit einer Veröffentlichung  
meines Namens bin ich  
einverstanden:  Ja  Nein

### **Einzugsermächtigung:**

Bitte buchen Sie den o.g. Betrag bis zu meinem schriftlichen Widerruf von meinem Konto ab.

**Konto:** .....  
**BLZ:** .....  
**Institut:** .....  
**BIC:** .....  
**IBAN:** .....

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

# SEPA-Lastschriftmandat SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Plan B e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Luftpoldstr. 22

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

97421 Schweinfurt

Land / Country:

Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

DE 58 722 00000 638737

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

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

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

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

Land / Country:

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 35 characters):

BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):

Ort / Location:

Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor: