Automatischer Spendenauftrag

Ja, ich möchte meinen Beitrag für FAIRMED, ehemals Leprahilfe Emmaus Schweiz, automatisch überweisen und helfe somit Aufwand und Kosten sparen.

Mein regelmässiger Beitrag beträgt:

- ☐ Fr. 30.–
- ☐ Fr. 50.–
- ☐ Fr. 100.–
- ☐ Fr. _____

Periode:

- ☐ monatlich
- ☐ vierteljährlich
- ☐ halbjährlich
- ☐ jährlich

Belastungsermächtigung (mit Widerrufsrecht)

Hiermit ermächtige ich meine Bank oder Post bis auf Widerruf, erwähnten Betrag zugunsten von FAIRMED meinem Konto zu belasten. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht für meine Bank oder Post keine Verpflichtung zur Belastung. Jede Belastung meines Kontos wird mir avisiert. Der belastete Betrag wird mir zurückvergütet, falls ich innerhalb von 30 Tagen nach Avisierungsdatum bei meiner Bank oder Post in verbindlicher Form Widerspruch einlege. Ich ermächtige meine Bank oder Post, FAIRMED den Inhalt dieser Belastungsermächtigung sowie deren allfällige spätere Aufhebung mit jedem geeignet erscheinenden Kommunikationsmittel zur Kenntnis zu bringen.

Die Belastungsermächtigung ist gültig ab:

❑ sofort ❑ ab: Monat / Jahr _____

Name _____

Strasse _____

PLZ / Ort _____

Bitte belasten Sie:

❑ Postkonto-Nr.:

☐☐ - ☐☐☐☐☐☐ - ☐

❑ IBAN oder Bankkonto:

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Name der Bank:

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

PLZ / Ort der Bank:

☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Bankenclearing-Nr. (falls bekannt):

☐☐☐☐☐

_____ _____

Ort / Datum Unterschrift (KontoinhaberIn)

Bitte senden Sie die ausgefüllte Belastungsermächtigung in einem frankierten Couvert an: **FAIRMED, ehemals Leprahilfe Emmaus Schweiz, Aarbergergasse 29, 3000 Bern 7**
Herzlichen Dank!

FAIR MED
Gesundheit für die Ärmsten

Durch die Bank auszufüllen

LSV-ID. **LHE1W** BC-Nr.: ☐☐☐☐☐ Konto-Nr.: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

IBAN: ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐