



Deutsch-Nepalische
Hilfsgemeinschaft e.V.
Schulze-Delitzsch-Straße 22
D-70565 Stuttgart

SEPA-Lastschriftmandat

Persönliche Angaben: (bitte in gut lesbarer Druckschrift ausfüllen)

Vorname: _____

Nachname: _____

Straße: _____

PLZ/Wohnort: _____

- Beitrag:**
- 24,- (Einzelpersonen) (Einzug im März)
 - 36,- (Paare)
 - 12,- (Studenten bis 27 Jahre)

Zusätzliche Spende:

- | | |
|---|---------------|
| <input type="checkbox"/> Jährlich am: _____ | Betrag: _____ |
| <input type="checkbox"/> Halbjährlich am: 1.1./1.7. | Betrag: _____ |
| <input type="checkbox"/> Vierteljährlich am: 1.1./1.4./1.7./1.10. | Betrag: _____ |
| <input type="checkbox"/> Monatlich ab: _____ | Betrag: _____ |

Verwendungszweck:

- Allg. Spende MGML Dispensary Children Nepal

IBAN: _____

Kreditinstitut: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____