

EINZIEHUNGSauftrag FÜR DAS KRANKENHAUS DER BARMHERZIGEN BRÜDER WIEN

Hiermit ermächtige(n) ich/wir das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Wien widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres Kontos mittels Einzug einzuziehen. Damit ist auch mein/unser kontoführendes Kreditinstitut ermächtigt, die Einzüge einzulösen, wobei für diese keine Verpflichtung zur Einlösung besteht, insbesondere dann, wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist. Ich/Wir habe(n) das Recht, innerhalb von 8 Wochen ab Abbuchungstag ohne Angabe von Gründen die Rückbuchung bei meinem/unserem Kreditinstitut zu veranlassen.

Vor- und Zuname:		Abbuchungsbetrag (in €):	
Straße/Hausnr.:		<input type="checkbox"/>	monatlich
Mailadresse:			
PLZ/Ort:		<input type="checkbox"/>	halbjährlich
Geburtsdatum*:		<input type="checkbox"/>	jährlich
Telefonnummer:		Abbuchung ab Monat:	
Bankinstitut:		BLZ:	
Kontonummer:			
Datum/Unterschrift:			

Die Abbuchung des ausgewählten Betrages erfolgt spätestens am 5. des angegebenen Monats.

*Gemäß Steuerreformgesetz ist Ihre Spende ab 2017 nur bei Bekanntgabe Ihres Geburtsdatums absetzbar.

Bitte senden Sie dieses Formular per Post an: Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Wien, z. Hd. Spendenkanzlei Johannes von Gott-Platz 1, 1020 Wien oder senden Sie es per Fax an 01/21121-1333