Zurück an: Augustinum Stiftung, Stiftsbogen 74, 81375 München
oder als Scan an: spenden@augustinum.de

Augustinum Φ
Stiftung

# Spenden Einzugsermächtigung zugunsten der Augustinum Klinik (SEPA-Lastschriftmandat)

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE19AST00000013498
Gläubiger-Identifikationsnummer der Augustinum Stiftung

Mandatsreferenz: AST-X2THW6-01
Wird vom Augustinum ergänzt und separat mitgeteilt

## Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Ich ermächtige die Augustinum Stiftung widerruflich

☐ monatlich ☐ vierteljährlich ☐ halbjährlich ☐ jährlich

wiederkehrend eine Spende in Höhe von _____ Euro

ab _____ (Monat/Jahr) bei Fälligkeit von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Augustinum Stiftung auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Name, Vorname (Kontoinhaber*in) Ggf. App. Nr.

Straße und Hausnummer PLZ und Ort

| D | E | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

IBAN (22-stellig)

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

Ggf. BIC (8 oder 11-stellig – bei Inlandslastschriften nicht unbedingt erforderlich)

Bankname

**Augustinum Klinik**

Verwendungszweck

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

Ort, Datum Unterschrift Kontoinhaber*in