



**Mandat**

Caritasverband für Hamburg e.V.  
Danziger Straße 66, 20099 Hamburg

**Gläubiger-Identifikationsnummer** DE11ZZZ00000636770

**JA – ich werde Pate für ein Bett in der Krankenstube!**

Ich ermächtige den Caritasverband für Hamburg e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Caritasverband für Hamburg e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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.

Die symbolische Summe für eine Bettpatenschaft beträgt 15 Euro im Monat.  
Sie können auch einen anderen Betrag wählen.

**Spendenbetrag** ..... Euro

monatlich

vierteljährlich

halbjährlich

jährlich

**Meine Anschrift**

Name, Vorname .....

Straße .....

PLZ, Ort .....

Telefon .....

Mail .....

**Meine Bankverbindung**

IBAN .....

BIC .....

Datum, Unterschrift .....

**Herzlichen Dank für Ihre Hilfe**

Bitte füllen Sie dieses Formular aus und senden es an die oben genannte Adresse oder per Fax an die Nummer 040 / 280 140 399.

Haben Sie Fragen zur Bettpatenschaft oder zur Krankenstube?

Rufen Sie gerne an: Timo Spiewak, Caritasverband für Hamburg, Telefon 040 / 280 140 150