

# Freiwillige Spende für die DCG



Wir sparen in allen Bereichen und alle Aktiven der DCG arbeiten ehrenamtlich. Trotzdem werden wir in Zukunft neben den Mitgliedsbeiträgen zunehmend auch auf Spenden angewiesen sein, um unser großes Engagement rund das Thema Buntbarsche aufrechterhalten zu können.

Wir bedanken uns schon im Voraus ganz herzlich für Ihre Unterstützung !

An die  
DCG-Geschäftsführung  
Klaus Schmitz  
Brahmsstrasse 38  
32816 Schieder- Schwalenberg

## Meine Personalien:

Die mit \* gekennzeichneten Felder sind Pflichtfelder! Die mit X gekennzeichneten Felder bitte unterschreiben!

Anrede:		Straße, Haus-Nr.*:	
Vorname(n)*:		PLZ, Wohnort*:	
Name*:		Land*:	
Geburtsdatum*:		DCG-Mitglieds-Nr.:	
Telefon-Nr.:		Mobiltelefon-Nr.:	
E-Mail-Adresse:			

## Freiwillige Spende für die DCG

Jährlicher Spendenbetrag in €	
Ich wünsche eine Spendenquittung	<input type="checkbox"/> ja

Dieser Betrag wird zusätzlich zur Mitgliedsgebühr und zusammen mit dieser jährlich über das SEPA-Mandat eingezogen, ist steuerlich absetzbar sowie **jederzeit kündbar**.

Sie erhalten hierüber auf Wunsch eine Spendenquittung.

**Keine Sorge: Auch wenn Sie noch kein DCG-Mitglied sind, können Sie unsere Arbeit gerne mit Ihrer Spende unterstützen. Füllen Sie dazu bitte das SEPA-Lastschriftmandat auf der Folgeseite aus.**

..... Ort und Datum	..... Unterschrift	<b>X</b>
------------------------	-----------------------	----------



# Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

## Daten des / der Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

Anrede:		Straße, Haus-Nr.*:	
Vorname(n)*:		PLZ, Wohnort*:	
Name*:		Land*:	
Geburtsdatum:		DCG-Mitglieds-Nr.:	
Telefon-Nr.:		E-Mail-Adresse:	

Zahlungsempfänger	Deutsche Cichliden-Gesellschaft e. V., Heckenweg 18, D 32049 Herford
Gläubiger-Identifikationsnummer:	DE 49 ZZZ 000000 17420
Zahlungsart:	Wiederkehrende Zahlung

## Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):

	(Als Mandatsreferenz werden die letzten 4 Stellen Ihrer DCG-Mitglieds-Nr. verwendet.)
--	---

## SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) die Deutsche Cichliden-Gesellschaft e. V., Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Deutschen Cichliden-Gesellschaft e. V. auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Name der Bank*:		Ort der Bank*:	
-----------------	--	----------------	--

Ihre IBAN-Nummer*:	<input type="text"/>						
--------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

..... Ort und Datum	..... Unterschrift (en) des / der Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)	<b>X</b>
------------------------	---	----------