MUKOVISZIDOSE ev
Regionalgruppe Amrum

Absender:

Bitte senden an:

Regionalgruppe Amrum des Mukoviszidose e.V.
Uwe Köller
Postwai 8

25946 Nebel

oder per Fax an: 04682 – 968 76 54

20. Amrumer Mukoviszidose-Lauf

Sehr geehrte Damen und Herren,

Sie haben sich bereit erklärt, einen Teilnehmer am 20. Amrumer Mukolauf zu sponsern. Dafür danken wir Ihnen recht herzlich! Bitte seien Sie so freundlich und füllen das folgende Formular aus und senden es an obige Anschrift.

Erklärung des Sponsors/Spenders:

Wir spenden für den Läufer/Gruppe _____ (Name) _____ (Startnummer)

den Betrag von _____ Euro ☐ gesamt ☐ je KM

SEPA-Lastschrift

Ich ermächtige den Mukoviszidose e.V. für die Regionalgruppe Amrum, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Mukoviszidose e.V. für die Regionalgruppe Amrum auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. 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. Vor dem Einzug der SEPA-Basis-Lastschrift wird Sie der Mukoviszidose e.V. für die Regionalgruppe Amrum über den Einzug unterrichten.

Kontoinhaber: _____

E-Mail: _____

IBAN: _____ BIC: _____

☐ Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mein Name in der Sponsorenliste auf www.amrumer-mukolauf.de veröffentlicht wird. Ich kann diese Zustimmung jederzeit widerrufen.

☐ Ich stimme zu, dass der Läufer meinen Namen und E-Mail erfahren darf, um sich bei mir zu bedanken. Die Spendensumme wird nicht genannt

Mit meiner Unterschrift akzeptiere ich die auf unserer Webseite einsehbare Datenschutzerklärung. Diese Zustimmung kann ich jederzeit widerrufen.

_____ _____

(Ort, Datum) (Stempel, Unterschrift)