



# Tierschutzverein Demmin und Umgebung e.V.



Random 15 - 17109 Demmin - Tel 03998/201826 - Fax 03998/201828 - www.tsv-demmin.de

## **Antrag auf Patenschaft**

über eine finanzielle Tierpatenschaft

**Wir geben keine Höhe des Patenschaftsgeldes vor!  
Jeder, der unseren Tieren helfen möchte, entscheidet selber darüber.  
Jeder Euro hilft!**

<input type="checkbox"/> Ich möchte gerne eine Patenschaft für ein Tierheim- Hund übernehmen:	
Name, Vorname	
Straße, Nummer	
PLZ, Wohnort	
Telefon/ Mobil	

<input type="checkbox"/> Ich übernehme die Patenschaft für:	
Name des Tieres:	

Ich möchte monatlich ..... Euro für mein Patentier bezahlen.
--

Ich überweise über einen Dauerauftrag Ja / Nein ab dem .....
--

Ich erteile bis zum Widerruf eine Einzugsermächtigung und ein SEPA-Lastschriftmandat
Ja / Nein ab dem .....
Einzuziehen am ..... des Monats

Meine Patenschaft kann ich jederzeit widerrufen.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

# Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

**Name des Zahlungsempfängers:** Tierschutzverein Demmin & Umgebung e.V.

**Anschrift des Zahlungsempfängers:** Randow 15  
17109 Demmin

**Gläubiger-Identifikationsnummer:** DE10ZZZ00000548712

**Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):**

---

## Einzugsermächtigung:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.

## SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) 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.

## Zahlungsart:

Wiederkehrende Zahlung

Einmalige Zahlung

**Name des Zahlungspflichtigen ( Kontoinhaber):** \_\_\_\_\_

**Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):**

**Straße und Hausnummer:** \_\_\_\_\_

**Postleitzahl und Ort:** \_\_\_\_\_

**IBAN des Zahlungspflichtigen (max.22 Stellen):**

DE \_\_\_\_\_

**BIC (8 oder 11 Stellen)**

\_\_\_\_\_

**Ort:** \_\_\_\_\_

**Datum: (TT/MM/JJJJ):** \_\_\_\_\_

**Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen ( Kontoinhaber):**