

Einzugsermächtigung

**“Ihre Spende hilft uns,
Menschen zu helfen“**

Ja, ich unterstütze GO Salzburg mit meiner Spende!

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!

Betrag:Euro Zahlungshäufigkeit: monatlich einmalig

Nachname:

Vorname:

Straße, Nr.:

PLZ, Ort:

E-Mail:

Telefon:

Kontoinhaber:

Kontonummer:

Bankleitzahl:

Bankinstitut:

Hiermit ermächtige(n) ich/wir GO Salzburg widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres Kontos einzuziehen. Damit ist auch meine/unsere kontoführende Bank ermächtigt, die Lastschriften einzulösen, wobei für diese keine Verpflichtung zur Einlösung besteht, insbesondere dann nicht, wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist. Ich/Wir habe(n) das Recht, innerhalb von 56 Kalendertagen ab Abbuchungstag ohne Angabe von Gründen die Rückbuchung bei meiner/unserer Bank zu veranlassen.

Wir bitten Sie das ausgefüllte und unterschriebene Formular entweder uns per Mail an info@go-salzburg.at oder postalisch an Andreas Baumgartner, Eichertstrasse 43, A-5071 Wals zukommen zu lassen.

Datum: Unterschrift: