



Bitte senden an:

Traumspender e.V.
c/o Dr. Christian Gahrmann
Postfach 501309
50973 Köln

Ja, ich möchte Traumengel werden!

Ich spende monatlich

- 5 Euro**
- 3 Euro** (für Menschen mit geringem Einkommen)
- ____ Euro (freiwillig höherer Förderbeitrag für Menschen mit hohem Einkommen)

via Einzugsermächtigung an Traumspender e.V.. Die Einzugsermächtigung kann ich jederzeit mit sofortiger Wirkung widerrufen.

Name, Vorname	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Email	
Name der Bank oder BIC	
IBAN	

Sie können Ihren Antrag ohne Angaben von Gründen innerhalb von 14 Tagen widerrufen. Auch später können Sie Ihre Fördermitgliedschaft jederzeit beenden. Wir schicken Ihnen Anfang des Folgejahres eine Zuwendungsbestätigung zu, damit Sie Ihre Spende steuerlich geltend machen können.

- SEPA-Lastschriftmandat:** Ich ermächtige die Traumspender e.V. (Gläubiger-Identifikationsnummer: DE123456789000) Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von Traumspender e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Datum, Unterschrift