



# Dr. Sexual Health

## Ärzte für sexuelle Gesundheit

### Spendenantrag für den Verein „Dr. Sexual Health“

(mit Widerspruchsrecht)

Hiermit ermächtige ich die Post/Bank bis auf Widerruf, den unterstehenden Betrag für den Verein „Dr. Sexual Health“, Postfach 24, 8810 Horgen, meinem Konto zu belasten.

### Häufigkeit und Betrag in Franken

jährlich

50.-

100.-

.....

halbjährlich

50.-

100.-

.....

monatlich

20.-

50.-

.....

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht für die Post/Bank keine Verpflichtung zur Belastung. Jede Belastung meines Kontos wird mir anvisiert. Der belastete Betrag wird mir rückvergütet, falls ich innerhalb von 30 Tagen nach Anvisierungsdatum bei der Post/Bank in verbindlicher Form Widerspruch einlege.

### SpenderIn

Name, Vorname

---

Strasse, Nr.

---

PLZ/Ort

---

### Ich bin InhaberIn eines Postkontos

Postkonto-Nr.

---

oder

### Ich bin InhaberIn eines Bankkontos

Bankkonto-Nr.

---

Bankname, PLZ/Ort

---

BC-Nummer

---

Ort, Datum

---

Unterschrift

---

### Berechtigt (wird von der Bank ausgefüllt - bitte leer lassen)

BC-Nr.

IBAN

Datum

Stempel der Bank