

# Ich unterstütze Pinkstinks

Bitte ausgefüllt zurück senden:

Pinkstinks Germany e.V. | Eppendorfer Weg 95a | 20259 Hamburg

Name \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

## Betrag

10 Euro       15 Euro       20 Euro       50 Euro

100Euro       \_\_\_\_ Euro     

## Rhythmus

einmalig       monatlich       jährlich

Ich ermächtige Pinkstinks Germany e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Pinkstinks Germany e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE43ZZZ00000824083

Mandatsreferenz: WIRD SEPARAT MITGETEILT

## Konto

Inhaber\*in \_\_\_\_\_

Konto/IBAN \_\_\_\_\_

BLZ/BIC \_\_\_\_\_

Hinweis: 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.

Geworben durch: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_