



An den Verein
DOG CARE CLINIC e.V.

Kronenstr. 34
78054 VILLINGEN-SCHWENNINGEN
Deutschland

**Bitte per Post, eMail Scan
oder Telefax
+49 7720 99 767 31
an uns zurück**

Patenschaftsvertrag

Hiermit übernehme ich eine Patenschaft für den unten genannten Hund, der sich in Obhut des Vereins "DOG CARE CLINIC e.V." in Talpe, Sri Lanka befindet.

Mit meiner finanziellen Unterstützung soll die Arbeit des Vereins zum Wohl der Straßenhunde in Sri Lanka unterstützt werden. Dieser Patenschaftsvertrag ist jeweils zum 1. des übernächsten Monats kündbar. Einen weiterführenden Anspruch an meinem „Patenhund“ erwerbe ich durch die Patenschaft nicht.

Vorname

Name

Straße

PLZ, Wohnort

Geboren am

Telefon

E-Mail

Name des Hundes

Ich möchte als Pate der/des Hunde(s) genannt werden.

Meine finanzielle Unterstützung für die Arbeit des Vereins beträgt

€ / Monat

Ort, Datum

Unterschrift

SEPA - Lastschriftmandat (ehem. Einzugsermächtigung)

Mit dem 01. Februar 2014 wird / wurde ein Einheitlicher Euro-Zahlungsverkehrsraum, auf Englisch Single Euro Payments Area (SEPA), eingeführt.

So bestehen für Kunden europaweit keine Unterschiede mehr zwischen nationalen und grenzüberschreitenden Zahlungen in Euro.

Das Lastschriftmandat auf der Rückseite entspricht der früheren Einzugsermächtigung.

SEPA-Lastschriftmandat SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Dog Care Clinic e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address**Straße und Hausnummer / Street name and number:**

Kronenstr. 34

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

78054 VS-Schwenningen

Land / Country:

Deutschland / Germany

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

DE86ZZZ00000380116

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):

wird noch festgelegt / to be determined later

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger **Dog Care Clinic e.V.**, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger **Dog Care Clinic e.V.** 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.

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor **Dog Care Clinic e.V.** to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor **Dog Care Clinic e.V.**.

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Zahlungsart / Type of payment: **Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment** **Einmalige Zahlung / One-off payment****Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:****Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address***

* Angabe freigestellt / Optional information

Straße und Hausnummer / Street name and number:**Postleitzahl und Ort / Postal code and city:****Land / Country:****IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 35 characters):****BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):**

Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn die IBAN des Zahlungspflichtigen mit DE beginnt.
Note: If the creditor's IBAN is beginning with DE, the use of the BIC could be omitted.

Ort / Location:**Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):****Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor:**