



DOG CARE CLINIC E.V.
MIHIRIPENNA - TALPE SRI LANKA

Help us to Help!

www.dogcare-clinic.com

To

Dog Care Clinic e.V.

Kronenstr. 34

78054 VS-Schwenningen

Germany

Sponsorship Contract

I hereby accept a sponsorship for the dog mentioned below, that is in the in care of the association "DOG CARE CLINIC e.V." in Talpe, Sri Lanka.

My financial support should be used to support the work of the Association for the welfare of street dogs in Sri Lanka.

This sponsorship agreement may be terminated to every 1st of the next month. I understood, that I do not earn any secondary claim on my sponsored dog by this agreement.

First Name

Last Name

Date of Birth

Street/POB

ZIP, City

Phone

E-Mail

Name of the Dog

€ monthly support

Paid by –

PayPal

benefit to account info@dogcare-clinic.com

Bank Transfer

Swiftcode / BIC SOLADES1VSS

IBAN DE67694500650150969221

Direct Debit Mandate

City, Date

Signature,
if sent by eMail the contract is
valid wo. a physical signature

Unser Spendenkonto:

Swiftcode / BIC SOLADES1VSS

IBAN DE67694500650150969221

www.dogcare-clinic.com

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:**