



Geburtshaus-W.-C.-Röntgen-Stiftung
Deutsche Röntgengesellschaft e.V.
Ernst-Reuter-Platz 10

10587 Berlin

Bitte per Post oder **per Fax an: 030 916 070 22** zurücksenden

FÖRDERMITGLIED WERDEN

Ich möchte die Arbeit der W.C. Röntgen-Geburtshaus-Stiftung durch einen jährlichen Förderbetrag von

60 EUR 90 EUR 120 EUR _____ EUR

unterstützen und habe hierzu umseitige Einzugsermächtigung *) ausgefüllt.

- Ich stimme zu, dass ich auf der Homepage der Stiftung roentgengeburtshaus.de namentlich (Titel, Vorname, Name, Stadt) als Spender/Förderer aufgeführt werde (keine Angabe der Spendenhöhe).
- Nein, ich möchte NICHT namentlich genannt werden.

Ich habe zu Kenntnis genommen, dass die Deutsche Röntgengesellschaft als Stiftungsträger das Konto der Geburtshaus-W.-C. Röntgen-Stiftung verwaltet.

Vorname: _____ Nachname: _____

Adresse / Straße: _____

PLZ Ort: _____

(Die Angabe Ihrer Adresse benötigen wir für die Ausstellung einer Spendenquittung.)

E-Mail: _____

Datum, Ort

Unterschrift

*) Die umseitige Einzugsermächtigung entspricht den Vorschriften für das ab 2014 gültige SEPA-Verfahren. Ihre hierfür erforderlichen IBAN- bzw. BIC- Nummern finden Sie auf Ihren Bankauszügen ausgedruckt.

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Name des Zahlungsempfängers:

Deutsche Röntgengesellschaft, Gesellschaft für medizinische Radiologie e. V.

Anschrift des Zahlungsempfängers**Straße und Hausnummer:**

Ernst-Reuter-Platz 10

Postleitzahl und Ort:

10587 Berlin

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE44 5004 0000 0403 2686 12

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):

Geburtshaus Wilhelm Conrad Röntgen Stiftung

Einzugsermächtigung:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) 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.

Zahlungsart:

Wiederkehrende Zahlung

Einmalige Zahlung

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):**Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)****Straße und Hausnummer:****Postleitzahl und Ort:****IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen):**

D E

BIC (8 oder 11 Stellen):

D E

Ort:**Datum (TT/MM/JJJJ):****Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):**