



**Einzugsermächtigung**

zum Einzug von Spenden für Apotheker ohne Grenzen Deutschland e.V.

Hiermit ermächtige ich Apotheker ohne Grenzen Deutschland e.V. widerruflich, den folgenden Spendenbetrag von meinem/unserem Konto abzubuchen:

\_\_\_\_\_ Euro

- einmalig
- vierteljährlich
- halbjährlich
- jährlich

Name, Vorname: .....

Straße, Hausnummer: .....

PLZ, Ort: .....

Kontonummer: .....

Kreditinstitut, BLZ: .....

Datum/Unterschrift: .....

Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung.  
Diese Einzugsermächtigung kann jederzeit widerrufen werden.