



**RETT SYNDROM  
DEUTSCHLAND e.V.**  
VEREIN FÜR FORSCHUNGSFÖRDERUNG

**Auftraggeber** Rett Syndrom Deutschland e.V.  
**IBAN DE 28 200 505 501 385 272727 | BIC: HASPDEHHXXX**

**Lastschriftart** Lastschrift über \_\_\_\_\_ EURO  
 einmalig  monatlich  vierteljährlich  halbjährlich  jährlich

Hiermit ermächtige ich Rett Syndrom Deutschland e.V. eine Zahlung von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen.  
**Hinweis:** Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei, die von meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

.....  
Vorname und Name (Kontoinhaber)

.....  
Straße und Hausnummer

.....  
Postleitzahl und Ort

.....  
Kreditinstitut

.....  
IBAN

.....  
Datum, Ort und Unterschrift



Spendenquittungen werden automatisch ausgestellt.