

An die
Förderstiftung MHH^{plus} der
Medizinischen Hochschule Hannover
OE 9090
Carl-Neuberg-Str. 1
30625 Hannover

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger_Identifikationsnummer: DE61ZZZ00000390848 | Mandatsreferenz wird noch mitgeteilt

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular in einem frankierten Briefumschlag an die Förderstiftung MHH^{plus} oder faxen Sie es an 0511 532-161132. Haben Sie vielen Dank!

Hiermit möchte ich

Name, Vorname _____
Straße und Hausnr. _____
PLZ und Wohnort _____
Telefon _____
ggf. E-Mail _____

die Förderstiftung MHH^{plus} der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) mit einer Spende in Höhe von:

_____ Euro (in Worten: _____ Euro).

monatlich ¼-jährlich ½-jährlich jährlich **erstmals** zum _____ (Datum)

unterstützen und ermächtige sie, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Förderstiftung auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber/in: _____

Kreditinstitut: _____

IBAN DE __ | ____ | ____ | ____ | ____ | __

BIC _____

Ort, Datum

Unterschrift Kontoinhaber/in