

- Ich möchte monatlich/einmalig (nicht zutreffendes durchstreichen) an den NIF Deutschland spenden. Betrag: _____ Euro
- Ich möchte meinen Mitgliedsbeitrag von 60 Euro vierteljährlich/jährlich (nicht zutreffendes durchstreichen) begleichen.

Erteilung eines SEPA Lastschriftmandats

Neuer Israel Fonds (NIF) Deutschland
c/o Susan Lourenco Postfach 02 35 65
Windscheidstr. 31 10127 Berlin
10627 Berlin
info@nif-deutschland.de

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE18ZZZ00001883094

Mandatsreferenz: **Wird separat mitgeteilt**

Ich ermächtige den NIF Deutschland Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die von meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsart:

- Wiederkehrende Zahlung
 Einmalige Zahlung

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

Name

Vorname

Anschrift des Zahlungspflichtigen

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

E-mail

Bankdaten des Zahlungspflichtigen

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

IBAN

BIC

Datum, Ort und Unterschrift

**Schicken Sie das ausgefüllte Formular bitte an:
NIF Deutschland, Postfach 02 35 65 ,10127 Berlin**