



Patenschaft

Der Pate / die Patin übernimmt zu folgenden Bedingungen eine Patenschaft für ein unvermittelbares Tier (Hund, Katze oder Kleintier), welches vom Tierschutzverein Pfaffenhofen und Umgebung e.V. betreut wird.

1. Der Pate / die Patin beteiligt sich mit einem monatlichen Beitrag (Höhe bitte unten eintragen) an den Futter- und Tierarztkosten für sein Patentier.
2. Der Pate / die Patin kann jederzeit nach Rücksprache mit der Pflegeperson sein / ihr Patentier besuchen.
3. Die Patenschaft endet
 - durch Kündigung der Patenschaft mit einer Frist von 4 Wochen.
 - bei Vermittlung des Tieres mit sofortiger Wirkung.
 - bei Tod des Tieres mit sofortiger Wirkung.

Ja, ich möchte eine Patenschaft für _____ übernehmen.
(bitte Namen des Tieres angeben)

Name: _____ Vorname: _____

Straße, Hausnr.: _____ Telefon: _____

PLZ, Ort: _____

E-Mail: _____

Ich möchte mich mit einem monatlichen Betrag von: _____ € an den Futter- und Tierarztkosten beteiligen (**Mindestbeitrag monatlich 10,- €**).

Ort/Datum

Unterschrift

Ich zahle per

Dauerauftrag auf das Konto IBAN: DE12 7215 1650 0000 0090 92 BIC: BYLADEM1PAF

ich bin mit der Abbuchung von nachstehend genanntem Konto einverstanden
(Bitte Rückseite ausfüllen)



Sparkasse Pfaffenhofen: IBAN: DE12 7215 1650 0000 0090 92 BIC: BYLADEM1PAF
Volksbank Raiffeisenbank Bayern Mitte eG: IBAN: DE21 7216 0818 0003 0749 78 BIC: GENODEF1INP

Spenden sind abzugsfähig!

Tierschutzverein Pfaffenhofen und Umgebung e.V.

www.tierherberge-paf.de

An der Weiberrast 2
85276 Pfaffenhofen
Fax 08441 49 02 45



SEPA-Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger: Tierschutzverein Pfaffenhofen und Umgebung e.V., An der Weiberrast 2, 85276 Pfaffenhofen

Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE45ZZZ00000511222**

Mandatsreferenznummer: TSV _____ (wird vom Verein eingetragen)

Ich ermächtige den Tierschutzverein Pfaffenhofen und Umgebung e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Tierschutzverein Pfaffenhofen und Umgebung e.V. 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 mit meinem (unserem) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen

Kontoinhaber	<input type="checkbox"/> Name und Anschrift wie oben	
	Name:	Vorname:
	Straße:	PLZ/Ort
	IBAN:	BIC:
Alternativ:	Kto.-Nr.	BLZ:
	Name der Bank:	

Datum

Unterschrift

Sparkasse Pfaffenhofen: IBAN: DE12 7215 1650 0000 0090 92 BIC: BYLADEM1PAF
Volksbank Raiffeisenbank Bayern Mitte eG: IBAN: DE21 7216 0818 0003 0749 78 BIC: GENODEF1INP

Spenden sind abzugsfähig!

Manuela Braunmüller, Vorsitzende * Britta Schwab, Stellvertreterin*
Markus-Alexander Hertl, Schriftführer * Patricia Geiger, Kassenführerin*
Sandra Lob, Tierheimleitung