

MEINE PATENSCHAFTS-ANMELDUNG

Ich wähle folgende Patenschaft:

- A)** Lohnbeitrag für Lehrperson (Einschulung und Nachhilfeunterricht)
- B)** Lohnbeitrag für Fachlehrpersonen
 - B1)** Computer/IT
 - B2)** Körperpflege/Coiffeuse
 - B3)** Schneiderei/Handarbeiten
 - B4)** Mobiltelefonreparaturen
- C)** Kauf von Schulmaterial
- D)** Lohnbeitrag für medizinisches Fachpersonal
 - D1)** Arzt/Ärztin
 - D2)** Therapeut/Therapeutin
- E)** Kauf von adäquaten Geräten
 - E1)** Computer
 - E2)** Nähmaschine

Meinen Patenschaftsbeitrag wähle ich wie folgt:

- CHF 240.-/Jahr (CHF 20.-/Monat)
- CHF 360.-/Jahr (CHF 1.-/Tag)
- CHF/Jahr (mind. CHF 150.-)
- CHF 1000.-/Jahr (Jahreslohn einer Fachlehrperson)

Den Betrag bezahle ich in folgenden Raten:

- jährlich
- halbjährlich
- vierteljährlich

Angaben zu meiner Person

Vorname:

Name:

Strasse/Nr.:

PLZ/Ort:

Telefon:

E-Mail:

Als Geschenk

Gerne stelle ich die Patenschaft als Geschenk für folgende Person aus:

Vorname/Name:

Strasse/Nr.:

PLZ/Ort:

E-Mail:

Ich wünsche den Quartalsbericht (in Englisch) per Post E-Mail

ZAHLUNGSABWICKLUNG

Formular bitte einsenden an: ASRA Stiftung, Dufourstrasse 56, Postfach, 8034 Zürich

- Per Dauerauftrag** (Eine Anmeldebestätigung mit den Angaben für das Einrichten des Dauerauftrags wird mir zugestellt.)
- Per Einzahlungsschein** (Einzelne Einzahlungsscheine werden mir per Post zugestellt.)

Ort, Datum:..... Unterschrift:.....

- Per Lastschriftverfahren/Direct Debit**
Belastungsermächtigung mit Widerspruchsrecht für das Postkonto von PostFinance AG (Debit Direct) und das Bankkonto (LSV+)

Belastung meines Postkontos (Debit Direct) *Hiermit ermächtige ich PostFinance bis auf Widerruf, die ihr von obigem Zahlungsempfänger angegebenen fälligen Beträge folgendem Konto zu belasten.*

IBAN

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, kann PostFinance diese mehrmals prüfen, um die Zahlung durchzuführen, ist aber nicht verpflichtet, die Belastung vorzunehmen. Die Debit-Direct-Belastungen sind für mich kostenlos. Ich habe das Recht, Belastungen innerhalb von 30 Tagen ab Versand des Kontoauszugs schriftlich bei PostFinance zu widerrufen.

*Bitte die vollständig ausgefüllte Belastungsermächtigung an die **oben erwähnte Adresse des Zahlungsempfängers** einsenden.*

Ort, Datum:..... Unterschrift:.....

Belastung meines Bankkontos (LSV+) *Hiermit ermächtige ich meine Bank bis auf Widerruf, die ihr von obigem Zahlungsempfänger vorgelegten Lastschriften in CHF meinem Konto zu belasten.*

Bankname:..... PLZ, Ort:.....

IBAN

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht für meine Bank keine Verpflichtung zur Belastung. Jede Belastung meines Kontos wird mir avisiert. Der belastete Betrag wird mir rückvergütet, falls ich innerhalb von 30 Kalendertagen nach Avisierungsdatum bei meiner Bank in verbindlicher Form Widerspruch einlege. Ich ermächtige meine Bank, dem Zahlungsempfänger im In- oder Ausland den Inhalt dieser Belastungsermächtigung sowie deren allfällige spätere Aufhebung mit jedem der Bank geeignet erscheinenden Kommunikationsmittel zur Kenntnis zu bringen.

*Bitte die vollständig ausgefüllte und unterschriebene Belastungsermächtigung **an die Bank** senden.*

Ort, Datum:..... Unterschrift:.....

Berichtigung (bitte leer lassen, wird von der Bank ausgefüllt)

Debit-Teilnehmer-Nr. 111659

LSV-Ident: ASST1

IBAN

Ort, Datum:..... Stempel und Visum der Bank: