



**Rückantwort**  
**Dr. Frölich Stiftung**  
**Tannenweg 24**  
**21244 Buchholz**

**per Telefax: 0 41 81 / 29 38 65**

JA, ich interessiere mich für Ihre Arbeit. Bitte informieren Sie mich zukünftig.

Ich interessiere mich insbesondere für folgendes Vorhaben / Projekt:  
.....

Ich helfe der Dr. Frölich Stiftung mit dieser Einzugsermächtigung und bitte meine Zuwendung zweckgebunden für ..... einzusetzen. Diese Hilfe kann ich täglich widerrufen.

- A. Folgender Betrag kann monatlich ..... EURO von meinem Konto abgebucht werden.
- B. Folgender Betrag kann monatlich ..... EURO für die Dauer von drei / sechs / neun / zwölf Monaten von meinem Konto abgebucht werden. [Unzutreffendes bitte streichen]

Geldinstitut: .....  
BLZ: ..... Konto-Nr.: .....  
Kontoinhaber(in): .....

Vor- und Zuname: ..... Telefon: .....  
Straße: ..... PLZ: ..... Ort: .....  
E-Mail: ..... Telefax: .....

Datum: ..... Unterschrift: .....

Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen. Die der Dr. Frölich Stiftung vom Kreditinstitut in Rechnung gestellten Gebühren für nicht eingelöste Lastschriften gehen zu meinen/unseren Lasten.