

## Ich unterstütze Caritas Luzern mit einer Patenschaft

Belastungsermächtigung mit Widerspruchsrecht (DebitDirect und LSV)

Patenschaft	Betrag pro Monat	Zahlungsrhythmus
<input type="checkbox"/> Lebensmittelhilfe	<input type="checkbox"/> Fr. 30.–	<input type="checkbox"/> monatlich
<input type="checkbox"/> In Würde sterben	<input type="checkbox"/> Fr. 40.–	<input type="checkbox"/> vierteljährlich
<input type="checkbox"/> «mit mir» – Die Patenschaft für Kinder	<input type="checkbox"/> Fr. 50.–	<input type="checkbox"/> halbjährlich
	<input type="checkbox"/> anderer Betrag in Fr. _____	<input type="checkbox"/> jährlich

Vorname \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

**Ich ermächtige Caritas Luzern, den ausgewählten Beitrag meinem Konto zu belasten. Diese Patenschaft kann jederzeit widerrufen werden.**

PostFinance (DebitDirect)  
 Postkonto-Nummer \_\_\_\_\_  
 Debit-Direct-Teilnehmer-Nr. 128406

Bank (LSV)  
 Konto-/IBAN-Nummer \_\_\_\_\_  
 Bankname \_\_\_\_\_  
 PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Bitte leer lassen, wird von der Bank ausgefüllt.

LSV-IDENT. CKL1W BC-Nummer \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht für die PostFinance bzw. Bank keine Verpflichtung zur Belastung. Der Betrag wird rückvergütet, falls ich die Lastschrift innert 30 Tagen schriftlich bei der PostFinance bzw. der Bank widerrufe.

Erstes Ausführungsdatum:

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift/en \_\_\_\_\_

**Haben Sie das Formular vollständig ausgefüllt? Bitte senden Sie es an:**

Caritas Luzern, Morgartenstrasse 19, 6002 Luzern. Herzlichen Dank!