



Your complimentary use period has ended.
Thank you for using PDF Complete.

[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)



An der Weiberrast 2
85276 Pfaffenhofen
Tel. 08441 49 02 44
Fax 08441 49 02 45

Patenschaft

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

1. Der Pate/Die Patin beteiligt sich mit einem monatlichen Beitrag (Höhe bitte unten eintragen) an den Futter- und Tierarztkosten für seine Patenstelle.
2. Der Pate/die Patin kann jederzeit nach Rücksprache mit der Pflegeperson seine/ihre Patenstelle 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 Name angeben)

Name: _____ Vorname: _____

Straße, Hausnr.: _____ Telefon: _____

PLZ, Ort: _____

Ich möchte mich mit einem monatlichen Betrag von: _____ „_“ an den Futter- und Tierarztkosten beteiligen.

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: DE64 7215 1650 0000 0015 60 BIC: BYLADEM1PAF)

Hallertauer Volksbank: IBAN: DE09 7219 1600 0000 0000 35 BIC: GENODEF1PFI

Vorstand: *Manuela Braumnüller, Vorsitzende *Annette Bergmaier und Barbara Spath Stellvertreter *Daniela Mandlik, Schriftführer

* Beate Weichenrieder, Kassenführer

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