

WÄHLEN SIE DIE MONATLICHE SPENDE

Noch einfacher

- Nur 1 Formular ausfüllen
- Keine ES mehr nötig

Ohne Verpflichtung

- Zahlungsstopp möglich
- Widerrufsrecht

Höhere Effizienz

- Weniger Briefverkehr
- Tiefere Administrationskosten

Ja, ich möchte die Arbeit von Medair unterstützen mit einem monatlichen Betrag in Höhe von:

- CHF 25.- CHF 50.- CHF 100.- CHF
- während 12 Monaten auf unbestimmte Zeit

Name: Vorname:
Adresse: PLZ/Ort:
E-Mail (falls Sie Informationen per E-Mail wünschen):

Postkonto:

ODER

Bank: PLZ, Ort:

IBAN:

Mit meiner Unterschrift ermächtige ich meine Bank bzw. PostFinance bis auf Widerruf, die fälligen Beträge meinem Bank- oder Postkonto zu belasten. Ich habe das Recht, Belastungen innerhalb von 30 Tagen ab Versand des Kontoauszugs schriftlich bei meinem Operations Center zu widerrufen. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, ist PostFinance bzw. meine Bank nicht verpflichtet, die Belastung vorzunehmen.

Ort und Datum

Unterschrift

Bitte zurücksenden an: Medair, Chemin du Croset 9, 1024 Ecublens

Frei lassen, wird durch die Bank ausgefüllt

Datum: Stempel und Unterschrift: