



Stichting Kumi Hospital Uganda
p/a Gevaren 27
6071 BP Swalmen
tel. 0475-600020

Doorlopende Machtiging Algemeen

Ondergetekende / rekeninghouder*

*hieronder svp de juiste tenaamstelling van de rekening zoals bekend bij uw bank of postbank

naam :
adres :
postcode :
woonplaats :
emailadres :

nummer bankrekening :
nummer girorekening :

verleent hierbij tot wederopzegging machtiging ** aan de Stichting Kumi Hospital Uganda om **maandelijks** een donatie vaneuro aan het Kumi Hospital automatisch af te schrijven van zijn/haar bank- of girorekeningnummer.

Datum :

Handtekening :
(rekeninghouder)

** indien niet akkoord met de afschrijving kan binnen 30 kalenderdagen een verzoek tot terugboeking bij uw Bank of bij de Postbank worden ingediend.