

## Patenschaft für Studierende in Guatemala

Mit einer Patenschaft unterstütze ich eine:n Student:in in Guatemala, der:die als Stipendiat:in durch den gemeinnützigen Verein *Etudes Sans Frontières – Studieren Ohne Grenzen Deutschland e.V.* (im Folgenden kurz SOG) gefördert wird.

Ich möchte eine **Teilpatenschaft** für eine:n Student:in aus Guatemala übernehmen und dafür einen monatlichen Beitrag von ...

- 50 Euro** leisten
- 25 Euro** leisten
- 15 Euro** leisten
- \_\_ Euro** leisten (Mindestbetrag 15 Euro)

Optional:  Ich möchte den **jährlichen Newsletter** von SOG per E-Mail erhalten

Falls alle aktuellen Stipendien bereits durch Patenschaften gedeckt sind, kommt Ihr Beitrag bis zur Aufnahme neuer Stipendiat:innen als Förderbeitrag der Arbeit des Vereins zu Gute

- Bitte schließen Sie mich von dieser Regel aus

### **Persönliche Angaben**

Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_  
Straße u. Hausnr.: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_  
PLZ: \_\_\_\_\_ E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

### **Zahlungsweise**

Ich möchte die Zahlung der Patenschaft per **Überweisung** (z.B. Dauerauftrag) vornehmen. Die Kontoverbindung des Vereins finden Sie in der Fußzeile. Verwendungszweck „Patenschaft Guatemala“.

- Jährliche Überweisung
- Monatliche Überweisung

Hiermit erteile ich *Etudes Sans Frontières – Studieren Ohne Grenzen Deutschland e.V.* eine **Einzugs-ermächtigung (SEPA-Mandat)** über den oben festgelegten Betrag.

- Jährliche Abbuchung
- Monatliche Abbuchung

**Rechtliche Hinweise:**

Die Patenschaft wird auf unbestimmte Zeit abgeschlossen und kann jederzeit mit einer Frist von zwei Wochen gekündigt werden. Die Daten werden ausschließlich zur Patenbetreuung und für statistische Zwecke verwendet. In keinem Fall werden sie an Dritte weitergegeben.

**Widerrufsbelehrung:**

Sie können diese Erklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z.B. Brief, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt frühestens mit Erhalt dieser Belehrung, jedoch nicht vor Vertragsschluss. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist an die unten angegebene Adresse zu richten. Im Falle eines Widerrufs erstatten wir Ihre bereits getätigten Zahlungen vollständig zurück.

---

Datum, Ort

Unterschrift

**Bitte schicken Sie das vollständig ausgefüllte Formular an die in der Fußzeile genannte Adresse.**

Für weitere Fragen stehen wir Ihnen jederzeit zur Verfügung: [guatemala@studieren-ohne-grenzen.org](mailto:guatemala@studieren-ohne-grenzen.org)

Vielen Dank!

Ihre Guatemala-Programmgruppe von Studieren Ohne Grenzen

## SEPA-Lastschriftmandat

### Name und Adresse des Zahlungsempfängers:

Etudes Sans Frontières – Studieren Ohne Grenzen Deutschland e.V.  
c/o Universität Konstanz  
Postfach 233  
78457 Konstanz  
Deutschland / Germany

**Gläubiger Identifikationsnummer:** DE25ZZZ00000252980

**Mandatsreferenz (wird vom Zahlungsempfänger eingetragen):** \_\_\_\_\_

Ich ermächtige

1. Den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen
2. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen

Hinweis: ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen

### Zahlungsart:

Das Mandat wird für eine wiederkehrende Zahlung gemäß den obigen Angaben zu meiner Patenschaft erteilt. Bei jährlicher Zahlungsweise erfolgt eine Benachrichtigung per E-Mail mindestens zwei Wochen vor dem Termin des Einzugs. Dazu stelle ich sicher, dass SOG meine aktuelle E-Mail-Adresse vorliegt. Möchte ich nicht per Mail benachrichtigt werden, so werde ich per Post über bevorstehende Einzüge informiert. Ich trage in diesem Fall dafür Sorge, dass SOG meine aktuelle Postanschrift vorliegt. Bei monatlicher Zahlungsweise erfolgt der Lastschrifteinzug ohne weitere Benachrichtigung zum letzten Werktag des Vormonats. Zu den jeweiligen Einzugsterminen stelle ich eine ausreichende Kontodeckung sicher.

**Name des/der Zahlungspflichtigen:** \_\_\_\_\_

### **Anschrift des/der Zahlungspflichtigen**

Straße und Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ und Ort: \_\_\_\_\_

### **Kontodaten des/der Zahlungspflichtigen**

IBAN: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Zahlungspflichtigen