

**RUBICON** Beratungszentrum  
Rubensstr. 8 – 10  
50676 Köln

Fax: 0221 – 27 66 999-99

## 1 Herz fürs RUBICON

Ich erteile dem RUBICON eine jederzeit frei widerrufliche Einzugsermächtigung über einen monatlichen Betrag von:

10 €    20 €    30 €    \_\_\_\_\_ €

Bitte ziehen Sie den Betrag    monatlich    jährlich ein.

**Vorname, Name:** \_\_\_\_\_

**Straße:** \_\_\_\_\_

**PLZ, Stadt:** \_\_\_\_\_

**Email:** \_\_\_\_\_

**Kontonr.** \_\_\_\_\_

**BLZ** \_\_\_\_\_

**Name der Bank:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort/ Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Bitte schicken oder faxen Sie den Bogen an uns zurück!**

**Vielen Dank und schön, dass Sie dabei sind!**