



Kreditkartenautorisierung

Hiermit autorisiere ich Child's Dream, folgende Kreditkarte mit dem erwähnten Betrag und Zahlungszyklus zu belasten:

Kreditkarteninformationen

Kartenauswahl

(Bitte ankreuzen)

Eurocard / MC

VISA

AMEX

Diners Club

Name des Karteninhabers: *wie auf Karte gedruckt*

Kreditkarten-Nummer

____ / ____ / ____ / ____

Gültig bis

____ / ____

Zahlungsinformationen

Zahlungszyklus

(Bitte ankreuzen)

einmalig

monatlich

quartalsweise

Währung

(Bitte ankreuzen)

CHF

EUR

USD

GBP

SGD

AUD

Betrag

Kontaktinformationen

Adresse _____

Stadt/Ort _____ PLZ _____

Land _____ Tel. _____

E-Mail

Unterschrift

Unterschrift des Karteninhabers

Datum

**Bitte sende das
vollständig ausgefüllte
Formular an:
info@childsdream.org**