

ONDERSTEUNERSVORM

Stuur die voltooide vorm na donations@akknyl.co.za

Hiermee bevestig ek dat ek, die ondergetekende, as ondersteuner van Abraham Kriel Kinderhuis Nylstroom aansluit. Ek bevestig verder dat die onderstaande inligting korrek is en dat dit vrywillig verskaf is. Ek stem daartoe in dat Abraham Kriel Kinderhuis Nylstroom hierdie inligting mag aanwend ten einde met my te kommunikeer.



Abraham Kriel Kinderhuis
Nylstroom

KLIËNT INLIGTING:

Titel: _____ Van: _____ Geslag: M V
Vollename: _____ Geboortedatum: _____
Taal: _____ Beroep: _____ ID nommer: _____

WOONADRES:

Straat nr: _____ Straat naam: _____ Kompleks: _____ Eenheid nr: _____
Voorstad: _____ Dorp: _____ Provinsie: _____ Kode: _____

POSADRES:

Posbus nr: _____ Voorstad: _____ Dorp: _____ Provinsie: _____
Kode: _____

KONTAKBESONDERHEDE:

Selnommer: _____ E-posadres: _____

SKENKINGSINLIGTING

REKENINGHOUER BANKINLIGTING (Vir rekorddoeleindes):

Rekeninghouer: _____ Bank naam: _____ Takkode: _____
Tipe rekening: _____ Rekeningnommer: _____
Dag waarop eerste betaling gemaak sal word: _____ Maand van eerste betaling: _____

HERHALINGSPERIODE:

BEDRAG:

BETALINGSMETODE:

Maandeliks Jaarliks Eenmalig

Rand

Debiet order

Die kliënt stem in om korrespondensie van Abraham Kriel Kinderhuis Nylstroom te ontvang: J N

DEBIET ORDER MAGTIGING

Ek / ons gee u hiermee toestemming om betalingsinstruksies aan u Bankier uit te reik vir die invordering vanuit my / ons bogenoemde rekening by my / ons bogenoemde Bank (of enige ander bank of tak waarheen ek / ons my / ons rekening kan oordra) op voorwaarde dat die somtotaal van sodanige betalingsinstruksies nooit my / ons verpligtinge soos ooreengekom in hierdie Ooreenkoms sal oorskry nie en op die bovermelde datum in aanvang sal neem en sal voortduur totdat hierdie Magtiging en Mandaat deur my / ons beëindig word deur u skriftelik, met nie minder as 30 kalenderdae kennis nie, per e-pos kennis te gee.

Die individuele betalingsinstruksies wat sodanig gemagtig is moet volgens bovermelde herhalingsperiode uitgereik word.

Betalingsinstruksies sal op die bovermelde dag van die genoemde herhalingsperiode gemaak word.

In die geval dat die betaaldag op 'n Sondag of 'n erkende Suid-Afrikaanse openbare vakansiedag val, sal die betaaldag outomaties die voorafgaande of die daaropvolgende gewone werksdag wees.

Ek/ons verstaan en aanvaar dat onttrekkings soos hier gemagtig deur middel van 'n gerekenariseerde stelsel verwerk word soos verskaf deur die banke van Suid-Afrika en dat die besonderhede van elke onttrekking op my/ons bankstaat sal verskyn. Elke transaksie sal 'n unieke nommer vertoon tesame met die afkorting KINDNYL om te help om die betalingsinstruksies te identifiseer van die Ooreenkoms. 'n Verwysingsnommer is gevoeg tot hierdie vorm voor enige betalingsinstruksie verwerk sal word.

Ek/ons erken dat alle betalingsinstruksies deur u aan my/ons bogenoemde bank hanteer sal word of ek/ons persoonlik die instruksie uitgereik het.

Geteken te _____ op _____
(Pleknaam) (Datum: dag / maand / jaar) (Handtekening soos vir gebruik op die rekening)

Maatskappy: Abraham Kriel Kinderhuis Nylstroom **NPO Nr:** 188-680 NPO **PBO Nr:** 930056611 **Kontak nr:** 014 717 5264 **Epos:** finansies@akknyl.co.za

Fisiese adres: De Beer Straat 12, Modimolle, Limpopo, 0510

Direkteur: Ds WHS Wolhuter (Voorsitter), GSJ van der Merwe (Uitvoerende Hoof), Dr B van Aarde, RP Makau, Ds D van Rensburg, RS van Rooyen, F van Jaarsveld