

An den
Freundeskreis Kinderpalliativzentrum Datteln e.V.
an der Vestischen Kinder- und Jugendklinik Datteln
Universität Witten/Herdecke
Frau Nicole Sasse
Dr.-Friedrich-Steiner-Str. 5
45711 Datteln



Als Fördermitglied des Freundeskreises helfen wir, die Versorgung unheilbar erkrankter Kinder und ihrer Familien auf ein sicheres Fundament zu stellen.

Institution*: _____

Ansprechpartner/Funktion*: _____

Straße, Nr.*: _____

PLZ/Ort*: _____

E-Mail: _____ **Tel.:** _____

Geburtsdatum: _____

Betrag*: _____, _____ €

- jährlich** zum 15.04.
- ½-jährlich** zum 15.04. und 15.10.
- ¼-jährlich** zum 15.01., 15.04., 15.07. und 15.10.
- monatlich** zum 15. des Monats

Zahlungsart: wiederkehrende Zahlung **Zahlungsbeginn*:** _____/_____ (Monat/Jahr)

*Jahresmindestbeitrag für Privatpersonen 50 €, mit Partner 60 €; für juristische Personen 250 €; Pflichtfelder sind mit einem *) gekennzeichnet.*

Ich erteile dem Freundeskreis eine **Einzugsermächtigung per Lastschrift**.
Hierzu bitte das umseitige SEPA-Lastschriftenmandat ausfüllen.

Ich richte einen **Dauerauftrag** bei unserer Bank ein. Spendenkonto: Kinderpalliativzentrum Sparkasse Vest Recklinghausen, IBAN: DE97 4265 0150 0090 2175 22, BIC: WELADED1REK

Ort/Datum/Unterschrift ✕ _____

Ihr Beitrag kann steuermindernd geltend gemacht werden. Zu Beginn des Folgejahres erhalten Sie automatisch eine Zuwendungsbestätigung von uns. Sie können Ihre Fördermitgliedschaft jederzeit fristlos ohne Angabe von Gründen kündigen. Eine E-Mail oder ein Anruf genügen.

SEPA-Lastschriftenmandat

Freundeskreis Kinderpalliativzentrum Datteln e.V.

Dr.-Friedrich-Steiner-Str. 5, 45711 Datteln

Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE76ZZZ00000169030**

Mandatsreferenz: **wird separat mitgeteilt**

Ich ermächtige den Freundeskreis Kinderpalliativzentrum Datteln e.V., Zahlungen von unten stehendem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Freundeskreis auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Fällt der Fälligkeitstag auf ein Wochenende oder Feiertag, verschiebt dieser sich auf den ersten darauf folgenden Werktag.

Kontoinhaber

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Kreditinstitut (Name und BIC)

IBAN

x _____

Ort/Datum/Unterschrift

Wichtiger Hinweis: Bitte schicken Sie die das ausgefüllte Beitrittsformular zusammen mit dem SEPA-Lastschriftenmandat **per Post oder per Fax** an uns zurück. Bitte beachten Sie, dass beide Schriftstücke datiert und unterschrieben werden müssen, damit wir die Lastschrift einziehen dürfen. Vielen Dank!