

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

Als Fördermitglied zeige ich mich mit den Familien solidarisch und unterstütze den
Freundeskreis Kinderpalliativzentrum Datteln e.V.

Name/Vorname *: _____

Geburtsdatum: _____

Straße, Nr. *: _____

PLZ/Ort*: _____

E-Mail*: _____ Tel.: _____

Jahresmindestbeitrag für Privatpersonen 50 €, für Unternehmen/Vereine (jur. Person) 250 €.

Betrag*: _____,____ €

- jährlich
 ½-jährlich
 monatlich

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

*) Pflichtfeld

Ich erteile dem Freundeskreis eine **Einzugsermächtigung per Lastschrift.**

Hierzu bitte das umseitige SEPA-Lastschriftenmandat ausfüllen.

Bitte schicken Sie das ausgefüllte Beitrittsformular zusammen mit dem SEPA-

*Lastschriftenmandat auf der Rückseite **per Post, Email***

*(freundeskreis@kinderpalliativzentrum.de) oder **per Fax** (02363 975 701) an uns zurück.*

Beide Schriftstücke müssen datiert und unterschrieben werden, damit wir die Lastschrift einziehen dürfen.

* _____

Ort/ Datum/ Unterschrift



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

Wichtige Hinweise:

Ihre **personenbezogenen Daten** verwenden und verarbeiten wir ausschließlich zur Ausübung der satzungsgemäßen Zwecke des Freundeskreises. Nähere Informationen über den Umgang des Freundeskreises mit Ihren Daten und zu Ihren Rechten finden Sie in unserer Datenschutzerklärung unter www.kinderpalliativzentrum.de/datenschutz. Sie können jederzeit der **Nutzung Ihrer personenbezogenen Daten** zu Zwecken der Information und Spendenwerbung formlos per E-Mail (freundeskreis@kinderpalliativzentrum.de), Brief (Dr.-Friedrich-Steiner-Str. 5, 45711 Datteln) Telefon (02363 975 795) oder Fax (02363 975 701) **widersprechen**.

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