

# Antrag auf Fördermitgliedschaft

Einfach ausfüllen und per Fax unter **07841 – 673 21 17** oder eingescannt per E-Mail an **info@trost-spenden.de** an uns zurück!

**Kleine Patienten in Not e.V.**  
Allerheiligenstr. 19

77855 Achern



Hiermit beantrage ich eine Fördermitgliedschaft beim Verein „Kleine Patienten in Not e.V.“, um diesen mit einem regelmäßigen Beitrag zu unterstützen. \*

Firma: \_\_\_\_\_

Name/ASP: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Meinen Fördermitgliedsbeitrag von \_\_\_\_\_ Euro leiste ich,

- zum 02. jeden Monats                       vierteljährlich zum 02.01./02.04./02.07./02.10.  
 jährlich ab dem 20. \_\_\_\_\_             halbjährlich zum 02.01./02.07.

Zur Abbuchung meines Fördermitgliedsbeitrages erteile ich dem Verein eine Einzugsermächtigung und ein SEPA-Lastschriftmandat

1. Einzugsermächtigung: Ich ermächtige den Verein Kleine Patienten in Not e.V. widerruflich, die mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem Konto einzuziehen.

2. SEPA-Lastschriftmandat: Ich ermächtige den Verein Kleine Patienten in Not e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von Verein Kleine Patienten in Not e.V. auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen. **Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Beitrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen**

**Gläubiger-Identifikations-Nr.: DE07ZZZ0000051835 / Mandatsreferenz: Fördermitglieds-Nr. : \_ \_ \_ \_**

\_\_\_\_\_  
Kontoinhaber; Straße, PLZ, Ort (nur ausfüllen, falls abweichend vom Mitglied)

IBAN DE \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ BIC \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Rechtzeitig vor dem ersten Einzug einer SEPA-Basislastschrift wird mich der Verein Kleine Patienten in Not e.V. über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten und die Mandatsreferenz/Fördermitgliedsnummer mitteilen.

**x** \_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Kontoinhabers

- Ich möchte zu Beginn des kommenden Kalenderjahres eine Spendenbescheinigung erhalten  
 Ich benötige keine Spendenbescheinigung

\* Zum Zwecke der Fördermitgliedschaft bin ich damit einverstanden, dass vom Verein Kleine Patienten in Not e.V. meine personenbezogenen Daten unter strengster Beachtung des Bundesdatenschutzgesetzes erhoben, verarbeitet und gespeichert werden.