

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 helfe ich, die Versorgung unheilbar erkrankter Kinder und ihrer Familien auf ein sicheres Fundament zu stellen.**

**Name/Vorname \*:** \_\_\_\_\_

**Name/Vorname des Partners** \_\_\_\_\_  
(nur bei Partnermitgliedschaft)

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

**Straße, Nr.\*:** \_\_\_\_\_

**PLZ/Ort\*:** \_\_\_\_\_

**E-Mail:** \_\_\_\_\_ **Tel.:** \_\_\_\_\_

**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 meiner 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!