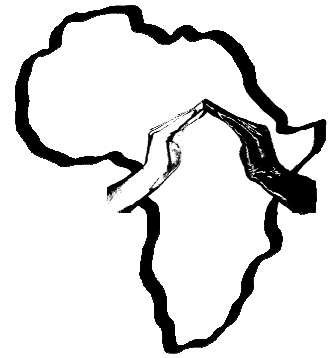


„LIKONI - Healthcare for all e.V.“

Likoni - Healthcare for all e.V.
Maria Lindermair
Drosselgasse 5
86684 Holzheim



PATENSCHAFT

Ich beantrage hiermit die Patenschaft für das Krankenhaus in Likoni/Mombasa.

Durch die Patenschaft wird der Aufbau und die Erhaltung des Krankenhauses sowie die medizinische Versorgung von armen Familien und Straßenkindern unterstützt. Die Patenschaft wird nicht für eine bestimmte Person, sondern für alle hilfsbedürftigen Menschen im Krankenhaus und für das Krankenhaus übernommen.

Die Paten werden einmal pro Jahr mit Fotos und Berichten über das Krankenhaus informiert und erhalten nach dem 31.12. eines Jahres eine Spendenbescheinigung.

Ich möchte das Krankenhaus monatlich mit folgender Summe unterstützen
(Betrag wird zum 15. jeden Monats eingezogen):

5€ 10€ 15€ 20€ ____ frei wählbarer Betrag

Ich/Wir ermächtigen Sie widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem/unserem Konto einzuziehen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

DE76ZZZ00000225193

Patenschaft Nr.

Gläubiger-Identifikationsnummer

Mandatsreferenz

Name, Vorname, Straße, Hausnr., PLZ, Ort

Bank

Bankleitzahl

Kontonummer

BIC

IBAN

E-Mail Adresse

Datum

Unterschrift

Die Patenschaft kann jederzeit ohne Angabe von Gründen zum Monatsende schriftlich gekündigt werden