

# Antrag zur Teilnahme am Freundeskreis der WertelInitiative

Hiermit beantrage ich,

<b>Vor-, Nachname</b>	<b>Geburtsdatum *</b>
<b>Straße, Nr.</b>	<b>PLZ, Ort</b>
<b>E-Mail</b>	<b>Tel./Mobil *</b>

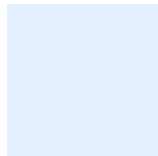
\* optional

... am Freundeskreis der WertelInitiative e.V. teilnehmen zu können. Ich bin mir bewusst, dass der Freundeskreis kein Verein ist, sondern nur ein lockerer Zusammenschluss. Ich erhalte per Mail die Bestätigung über meine Aufnahme oder Ablehnung als Teilnehmer/-in.

**Hinweis:** Der/die Spender/-in erhält über seine/ihre Spende(n) eine Spendenbescheinigung, die er/sie beim Finanzamt, im Rahmen des Sonderausgabenabzugs, einreichen kann.

## Förderspende

Zur Unterstützung der Arbeit der WertelInitiative spende ich freiwillig



€

an den gemeinnützigen Verein WertelInitiative e.V..

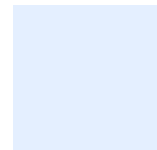
## Diese Summe möchte ich...

- monatlich  
(nur per Lastschrift)
- vierteljährlich
- halbjährlich
- jährlich

## per

- Überweisung/ Dauerauftrag
- Lastschrift
- ... spenden.

## zusätzliche einmalige Spende (freiwillig)



€

## Einzugsermächtigung zugunsten WertelInitiative e.V.

Gläubiger-ID: DE40ZZZ00002083779

Hiermit ermächtige ich den Verein WertelInitiative e.V. fällige Zahlungen, bis auf Widerruf, von meinem folgenden Konto einzuziehen.

<b>IBAN:</b>	<b>Kontoinhaber/-in:</b>
<b>Bank:</b>	<b>BIC:</b>

Sollte mein Konto zum Zeitpunkt der Beitragseinziehung nicht die erforderliche Deckung aufweisen und dem Verein durch die Zahlungsweigerung des kontoführenden Instituts Kosten entstehen, werde ich diese auf Anforderung unverzüglich erstatten. Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend ab Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen.

Ort, Datum

Unterschrift d. Kontoinhabers/-in

Bei Nichterteilung der Einzugsermächtigung bitten wir Sie, die Spende auf das Konto der WertelInitiative e.V. mit der IBAN: DE63 300 60601 000 7248 513 bei der Apotheker- u. Ärztebank zu überweisen. Um Ihnen und uns unnötige Arbeit zu ersparen, bitten wir um Einrichtung eines Dauerauftrags.

Ort, Datum

Unterschrift d. Spenders/-in