



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

Dr.-Friedrich-Steiner-Str. 5  
45711 Datteln  
Tel.: 02363/975-795  
Fax: 02363/975-701  
n.sasse@kinderklinik-datteln.de  
www.kinderpalliativzentrum.de

**Ihre Ansprechpartnerin:**  
Frau Nicole Sasse  
Geschäftsstellenleiterin

## Meine/Unsere Fördermitgliedschaft im Freundeskreis

Ja, ich/wir möchte/n als „Lebensfreund/e“ helfen, das Leid der schwerstkranken Kinder zu lindern und das Leben der ganzen Familie so positiv wie nur möglich zu gestalten.

Firma/Verein: \_\_\_\_\_

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

Straße, Nr. \*: \_\_\_\_\_

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

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

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

*Pflichtfelder sind mit einem \*) gekennzeichnet.*

**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 (*bitte ankreuzen*)

(Jahresmindestbeitrag für Privatpersonen 50 €, mit Partner 60 €; für juristische Personen 250 €)

**Zahlungsart:** wiederkehrende Zahlung      **Zahlungsbeginn:** \_\_\_\_/\_\_\_\_ (Monat/Jahr)

Ich erteile dem Freundeskreis eine **Einzugsermächtigung per Lastschrift** (siehe Rückseite).

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 meinem 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.*

---

**Vorname und Name (Kontoinhaber)**

---

**Straße und Hausnummer**

---

**PLZ und Ort**

---

**Kreditinstitut (Name und BIC)**

---

DE \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_

**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!