Spenden- Vereinbarung

Bitte ausdrucken und per Fax oder Post an
LICHTENAU e.V. Orthopädische Klinik und
Rehabilitationszentrum der Diakonie senden.

heilen, pflegen, helfen
Lichtenau
Im Verbund der Diakonie

LICHTENAU e.V.
Orthopädische Klinik und
Rehabilitationszentrum der Diakonie
Fundraising
Am Mühlenberg
37235 Hessisch Lichtenau

Fax: 05602 83-1970

Absender:

_____

_____

_____

Telefon:

_____

E-Mail:

_____

Ich möchte LICHTENAU e.V. durch eine Spende unterstützen. Sie soll wie folgt eingesetzt werden:

_____**€ für** Alte Menschen (Pflegezentrum Fürstenhagen)
Ihre Spende bewirkt, dass alte und pflegebedürftige Menschen in Geborgenheit alt werden können.

_____**€ für** Kinder und Jugendliche mit Behinderungen (Ambulante Dienste Nordhessen)
Ihre Spende bewirkt z.B. dass Kinder in eine Freizeit fahren können.

_____**€ für** Menschen mit Behinderungen (Rehabilitationsbereiche)
Ihre Spende hilft Menschen mit Behinderungen.

_____**€ für** die Orthopädische Klinik Hessisch Lichtenau gGmbH
Ihre Spende hilft ein aktuelles Projekt zu realisieren.

_____**€ für** Hospizarbeit (Ambulanter Hospizdienst Hessisch Lichtenau)
Bitte helfen Sie, damit Menschen bis zuletzt in Würde leben können!

_____**€ für** LICHTENAU e.V.
Ihre Spende wird dort eingesetzt, wo sie am dringendsten benötigt wird.

_____**€ für** das aktuelle Förderprojekt _____ (bitte Kennwort eintragen)

Es handelt sich dabei um eine

□ **einmalige Spende**

□ **dauerhafte Unterstützung.** Der Betrag soll bis auf Widerruf von unten angegebenen Konto abgebucht werden.

□ **jährlich**

□ **halbjährlich**

□ **vierteljährlich**

□ **monatlich**

Eine **Spendenquittung**

□ erhalte ich Ende Januar des Folgejahres.
□ bitte sofort ausstellen.
□ wird nicht benötigt.

Dazu erteile ich Ihnen die Genehmigung, den oben genannten Betrag zu Lasten meines Kontos

bei _____**einzuziehen.**
(genaue Bezeichnung des Kreditinstitutes)

IBAN

BIC

Datum: _____ Unterschrift: _____