

Ich möchte den Krankenhaus-Förder-Verein Porz e.V. mit meiner Spende unterstützen

**Krankenhaus – Förder – Verein Porz e.V.,
Urbacher Weg 19, 51149 Köln**

Vorname	Name
Straße und Nr.	PLZ und Ort
Geburtsdatum:	Telefon (Festnetz oder mobil)
Mailadresse	

Einmalige Spende	Euro
Fördermitgliedschaft	Euro pro
Überweisung	Bankeinzug
Sowohl Spenden als auch eine Fördermitgliedschaft sind anerkannte abzugsfähige Sonderausgaben.	
Der Kontoauszug mit der Belastung des Förderbeitrags oder einer Spende bis 200 EUR wird als Beleg / Quittung von den Finanzämtern anerkannt.	
Bankverbindung des Krankenhaus-Förder-Verein Porz e.V.	
Sparkasse KölnBonn IBAN: DE63 3705 0198 1000 0127 30 BIC: COLSDE33XXX	

Durch meine Unterschrift nehme ich die Datenschutzhinweise zur Kenntnis.

Datenschutzhinweise:

Auf der Grundlage von Art. 6 Abs. 1 Buchstabe b EU-DSGVO dürfen die vorstehend genannten Daten erhoben, verarbeitet und genutzt werden, weil sie zur Verfolgung der Vereinsziele für die Verwaltung der Spende / Fördermitgliedschaft erforderlich sind. Alle Daten, die der Verein verarbeitet und nutzt, unterliegen dem geltenden Datenschutzrecht. Weitergehende Informationen erhalten Sie anhand der Datenschutzhinweise des Krankenhaus Porz am Rhein gGmbH unter www.khporz.de/Über Uns/foerderverein-khp.de/privacy-policy. Die vorstehenden Angaben sind freiwillig und jederzeit widerruflich. Spender und Mitglieder haben nach dem Art.15 EU-DSGVO, § 34 BDSG ein Recht auf Auskunft über ihre auf den Datenverarbeitungs-Systemen des Vereins gespeicherten Daten.

Ort/Datum

Unterschrift

SEPA-Lastschrift-Mandat

Gläubiger Identifikationsnummer: DE5113400000099640

Mandatsreferenz-Nr. (entsprechend Ihrer Fördermitgliedsnummer, wird separat mitgeteilt)

Ich ermächtige den Krankenhaus-Förder-Verein Porz e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Krankenhaus-Förder-Verein Porz e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Wir ziehen Ihren Fördermitgliedsbeitrag entsprechend Ihrer Turnusvorgaben ein. Fällt dieser nicht auf einen Bankarbeitstag, erfolgt der Einzug am unmittelbar darauffolgenden Bankarbeitstag. Ihr erster Fördermitgliedsbeitragseinzug erfolgt zeitnah zu Ihrer Erklärung.

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.

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

Kontoinhaber (falls abweichend zu o.g.):

IBAN

BIC

Ort/Datum

Unterschrift

(unbedingt erforderlich)

Bitte senden Sie diese Erklärung an

Herrn Jürgen Hackenbroich

Schatzmeister des Krankenhaus-Förder-Verein Porz e.V.

c/o Sparkasse Köln Bonn ,Abt.121/1-,

Hahnenstr.57, 50667 Köln

oder per E-Mail an foerderverein-khp@gmx.de