heilen, pflegen, helfen
LICHTENAU e.V.
Im Verbund der Diakonie

Spenden-Vereinbarung

Bitte ausdrucken und per E-Mail, Post oder Fax senden an

LICHTENAU e.V.
Orthopädische Klinik und
Rehabilitationszentrum der Diakonie
Gaby Ewert, Fundraising-Referentin
Am Mühlenberg 6
37235 Hessisch Lichtenau

E-Mail: gewert@lichtenau-ev.de
Fax: 05602 83-1970

Absender:

_____

_____

_____

E-Mail: _____

Telefon: _____

Meine Spende über ☐ 20,00 € ☐ 50,00 € ☐ 100,00 € ☐ anderer Betrag: _____ €
soll wie folgt eingesetzt werden:

☐ Aktuelles Spendenprojekt _____
☐ Projekte für Menschen mit Behinderungen in unseren Rehabilitationsbereichen
☐ Arbeit des Ambulanten Hospizdienstes Großalmerode/Hessisch Lichtenau
☐ Wünsche und Projekte für die Bewohnerinnen und Bewohner im Pflegezentrum Fürstenhagen
☐ Besondere Aktivitäten und Wünsche für Kinder, Jugendliche und Erwachsene, die durch die Ambulanten Dienste Nordhessen gGmbH begleitet werden
☐ Projekte der Orthopädischen Klinik Hessisch Lichtenau gGmbH
☐ Projekte des Orthopädischen Rehazentrums Lichtenau gGmbH

Es handelt sich hierbei um eine
☐ einmalige ☐ monatliche ☐ vierteljährliche ☐ halbjährliche ☐ jährliche ☐ dauerhafte Unterstützung.

Eine Zuwendungsbescheinigung
☐ 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 bis auf Widerruf einzuziehen.

IBAN

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

BIC

| | | | | | | | | | | |

Datum: _____ Unterschrift: _____