

Förderprogramm Schutzengel

- Medical BK e.V.-

Ehrenamtlicher, sanitätsdienstlicher Einsatz für in Not geratene Mitmenschen kann nicht allein durch das jeweilige Engagement und die notwendige Fachkenntnis der Helfer erfolgen. Es braucht dazu notwendigerweise auch gut ausgestattete Fahrzeuge, spezielles Rettungsequipment und moderne Technik. Und dafür brauchen wir Sie. Während sich unsere Einsatzkräfte vor Ort den

Herausforderungen von Hilfsprojekten oder den Gefahren aus akuten Notsituationen stellen, sorgen Sie als Fördermitglied für Rückendeckung. Damit werden Sie bei jedem Einsatz quasi zu einer Art „SCHUTZENGELE“, da durch Ihren Beitrag für Helfer und Hilfeempfänger die notwendige Ausstattung im richtigen Maß vorhanden ist.

JA! Ich möchte als „SCHUTZENGELE“ die Arbeit des Sanitätsdienstes MEDICAL BK e.V. unterstützen.



Frau/Herr _____

Titel/Firma _____

Name _____

Vorname _____

Straße/Hausnummer _____

PLZ/Wohnort _____

Telefon _____

eMail _____

Eintrittsdatum _____

| Version | Autor | Freigegeben am | Freigegeben durch |
|---------|----------------------------|----------------|-------------------|
| 1.0 | Alexander Bellmann, QMB | 08.01.2019 | Vorstand |

Mein freiwilliger Förderbeitrag _____ Euro

Zahlungsrythmus () jährlich () halbjährlich () vierteljährig () monatlich

Kontoinhaber _____

IBAN _____

BIC _____

Zuwendungsbescheinigung () ja () nein

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass

- Dies keine einmalige Spende ist, sondern für die Dauer der Mitgliedschaft als „SCHUTZENGEL“ in der vorab angegebene Weise erfolgt
- Der gezahlte Förderbeitrag nach §10 EStG steuerbegünstigt ist (gilt nicht für Firmen, Vereine und sonstige Personenmehrheiten)
- Ich die Fördermitgliedschaft jederzeit formlos beenden kann
- Meine Daten unter Einhaltung des aktuellen Datenschutzrechts elektronisch im Rahmen und der Dauer meiner Mitgliedschaft erfasst, verarbeitet und gespeichert werden. Eine Weitergabe an Dritte ist ausgeschlossen

Ich/Wir ermächtigen(n) den oben genannten Gläubiger, von meinem/unserem Konto Zahlungen mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die auf meinem/unserem Konto vom Gläubiger gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich/Wir kann/können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarte Bedingungen.

| Ort und Datum | Unterschrift Kontoinhaber |
|---------------|---------------------------|
| | |

| Version | Autor | Freigegeben am | Freigegeben durch |
|---------|----------------------------|----------------|-------------------|
| 1.0 | Alexander Bellmann, QMB | 08.01.2019 | Vorstand |