



eigenes leben

Hilfen für Kinder mit Schmerzen oder lebensverkürzenden Erkrankungen e.V.

**Hinweise für Spender  
und Beitrittserklärung**



Hilfen für Kinder mit Schmerzen oder lebensverkürzenden Erkrankungen e.V.

## Hinweise für Spender

Bei Spendenüberweisungen möchten wir Sie bitten, folgendes zu beachten:

Schreiben Sie bitte auf einer Überweisung an uns Ihre Adresse mit Straße, PLZ und Ort sowie den Verwendungszweck in das Feld Verwendungszweck des Überweisungsträgers. So können Sie sicherstellen, dass wir auf Ihre Spende reagieren können.

Bitte beachten Sie, dass für Spenden bis EUR 200 der Kontoauszug als Spendenbescheinigung gilt. Für Spenden über EUR 200 stellen wir eine gesonderte Spendenbescheinigung aus.

Wir danken Ihnen sehr herzlich für Ihre Hilfe und Unterstützung.

Dr. med. Christine Wamsler  
1. Vorsitzende

Prof. Dr. med. Boris Zernikow  
2. Vorsitzender

## Unser Spendenkonto:

Dortmunder Volksbank  
BLZ 441 600 14  
Konto-Nr.: 263 195 700

IBAN: DE27 4416 0014 0263 1957 00  
BIC: GENODEM1DOR

### Spendenbestätigung

1. Wir sind laut vorläufigem Bescheid vom 27.03.2019 des Finanzamtes Recklinghausen unter der Steuernummer 340/5758/0755 wegen Förderung des öffentlichen Gesundheitswesens und der öffentlichen Gesundheitspflege zu den in § 5 Abs. 1 Nr. 9 des Körperschaftsteuergesetzes bezeichneten Körperschaften, Personenvereinigungen oder Vermögensmassen gehörig anerkannt worden.
2. Wir bestätigen, dass wir den uns zugewendeten Betrag nur zu satzungsgemäßen Zwecken verwenden werden.



Hilfen für Kinder mit Schmerzen oder lebensverkürzenden Erkrankungen e.V.

An den  
Verein eigenes leben e.V.  
c/o Vestische Kinder- und Jugendklinik Datteln  
Dr.-Friedrich-Steiner-Str. 5  
45711 Datteln

## Beitrittserklärung

Hiermit möchte ich dem Verein „eigenes leben – Hilfen für Kinder mit Schmerzen oder lebensverkürzenden Erkrankungen e.V.“ beitreten.

Name: .....

Straße, Hausnummer: .....

PLZ, Wohnort: .....

Beruf: .....

E-Mail: .....

Telefon: .....

Jahresbeitrag: .....

Datum: ..... Unterschrift: .....

Zahlungsart (bitte ankreuzen):  SEPA-Lastschrift (bitte Formular ausfüllen)       Dauerauftrag

Die Höhe des Mitgliedsbeitrages ist beliebig, beträgt jedoch im Jahr mindestens 30 €. Der Beitrag wird als Spende behandelt. Spätestens zu Beginn des Folgejahres erhalten Sie automatisch eine Zuwendungsbestätigung über Ihren Mitgliedsbeitrag.

Um die Buchführung des Vereins zu vereinfachen, bitten wir Sie, das beiliegende SEPA-Lastschriftmandat zusammen mit der Beitrittserklärung per Post an uns zurückzuschicken. Bitte denken Sie daran, uns Änderungen Ihrer Bankverbindung oder Adresse mitzuteilen.



Hilfen für Kinder mit Schmerzen oder lebensverkürzenden Erkrankungen e.V.

Verein eigenes leben e.V.  
c/o Vestische Kinder- und Jugendklinik Datteln  
Dr.-Friedrich-Steiner-Str. 5 • 45711 Datteln

Unsere Gläubiger-Identifikationsnummer: DE84ZZZ00001279827

## SEPA-Lastschriftmandat

Ihre Mandatsreferenz: **(wird separat mitgeteilt)**

Ich ermächtige den Verein eigenes leben e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der oben genannten Firma 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.

Name: .....

Straße, Hausnummer: .....

PLZ, Wohnort: .....

Iban: .....

BIC: .....

Name des Kreditinstituts: .....

Jahresbeitrag: .....

Ort, Datum: .....

Unterschrift: .....

**Zahlungsart:** Wiederkehrende Zahlung

**Fälligkeitstermin:** Die Zahlung wird erstmalig am ..... / ..... / ..... fällig. Danach erfolgt die Zahlung regelmäßig zum 01. März jeden Jahres.