



**Gandhi Kinderhilfe Bad Camberg e.V.**  
**Verein zur Förderung behinderter und armer Kinder in Indien**

Röntgenstr. 25a • 65520 Bad Camberg • Tel.:0049(0)6434-5471 / Fax: 0049(0)6434-9099461  
 Internet: <http://www.gandhi-kinderhilfe.de> • E-mail: [info@gandhi-kinderhilfe.de](mailto:info@gandhi-kinderhilfe.de)  
 Volksbank Rhein-Lahn-Limburg eG • BIC GENODE51DIE • IBAN DE35570928000000042331

Jemo

Auf

Ich unterstütze gerne die Arbeit der **Gandhi Kinderhilfe Bad Camberg e.V.** und möchte:

**Mitglied werden**

- Einzelperson (14 € pro Jahr)  
 Familie (20 € pro Jahr)

**durch Spenden helfen**

- mit einer (einmaligen) Spende von \_\_\_\_\_ €  
 mit der Abbuchung von \_\_\_\_\_ € (einmal jährlich)

**Patenschaft(en) übernehmen**

(bitte Anzahl eintragen)

Mit nur 6 € im Monat bzw. 72 € im Jahr (eine Patenschaft) helfe ich einem Kind in Indien eine schulische Ausbildung zu erhalten.

**Waisenkind(er) unterstützen**

(bitte Anzahl eintragen)

Mit 20 € im Monat bzw. 240 € im Jahr (ein Waisenkind) unterhalten.

**durch einen Arbeitseinsatz bei einem Projekt in Indien helfen**

Einmaliger Beitrag für den Indienaufenthalt: Bis 1 Monat: 100 € • Bis 6 Wochen 150 € • Bis 3 Monate 200 €

Mir ist bekannt, dass im Zusammenhang mit der Mitgliedschaft/ Unterstützung erhobene Daten auf Datenträgern gespeichert werden. Ich stimme der Verarbeitung und Speicherung dieser Daten zu.

Name(n): \_\_\_\_\_

Vorname(n): \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Vorwahl, Telefon: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift(en): \_\_\_\_\_

**SEPA – Lastschriftmandat**

**Gläubiger-Identifikationsnummer: DE74BCA00000272082**

**Mandatsreferenz : GHBCA{Mitgliedsnummer}**

Ich ermächtige die Gandhi Kinderhilfe Bad Camberg e.V. die Beiträge von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Gandhi Kinderhilfe Bad Camberg 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. Der Betrag wird zum 1. des Monats / alle 3 Monate(1.2., 2.5., 1.8. und 1.11.) / alle 6 Monate(1.2. und 1.8.) / jährlich(1.2.) erhoben. (bitte Nichtzutreffendes streichen)

|                                  |
|----------------------------------|
| <b>Name des Kreditinstitutes</b> |
|                                  |

|             |            |
|-------------|------------|
| <b>IBAN</b> | <b>BIC</b> |
|             |            |

Bitte vollständig ausfüllen !

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift des Kontoinhabers bzw. Bevollmächtigten